

地方独立行政法人静岡市立静岡病院
専門研修プログラム（専攻医）申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人静岡市立静岡病院
理事長 小野寺 知哉 様

私は、貴院で専門研修プログラムによる専門医研修を行うことを希望するため、関係書類を添えて申し込みます。また、この申込書および履歴書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

ふりがな	
氏名（自署）	
生年月日	年 月 日 生
現住所	〒 ー 電話
メールアドレス	
連絡先 （帰省先・実家等）	〒 ー 電話
出身大学 （医学部）	年 月 日 卒業
医師免許	年 月 日 医籍登録 第 号
現在の所属 （在籍）	
初期研修	年 月 日から 年 月 日まで 研修（見込）
今回応募する 専門研修 プログラム	<input type="checkbox"/> 静岡市立静岡病院内科専門研修プログラム <input type="checkbox"/> 静岡市立静岡病院外科専門研修プログラム <input type="checkbox"/> 静岡市立静岡病院麻酔科専門研修プログラム
将来進みたいと考えている サブスペシャリティ	科
プログラム終了後の進路	① サブスペシャリティ研修 ② 大学院進学 ③ その他（ ）
従事要件のある奨学金受給の有無※	有 ・ 無
地域枠またはキャリア形成プログラムの参加※	有 ・ 無

※ 「有」の場合は当院のプログラムで従事要件を満たすことができるか十分確認してください。