

(院外応募者用)

# 専攻医申込書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

氏名

印

私は、貴院プログラムにおいて令和7年4月からの専門研修を希望するので、下記のとおり申込みいたします。

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	(〒 - )		
実家住所	(〒 - )		
出身大学	大学 (平成・令和 年 月卒)		
臨床研修施設	施設名:		
研修希望プログラム	希望するプログラムひとつに○ ・( )内科 専門研修プログラム →志望するサブスペシャリティ診療科 _____ 科 ・( )外科 専門研修プログラム →志望するサブスペシャリティ診療科 _____ 科 ・( )産婦人科 専門研修プログラム ・( )整形外科 専門研修プログラム ・( )救急科 専門研修プログラム ・( )麻酔科 専門研修プログラム		
奨学金受給の有無	無・有 (種類: R7.3末時点での残義務年数: 年)		
備考			