

専門研修プログラム申込書

関西医科大学

卒後臨床研修センター長 殿

1. 氏 名 :
2. 現 住 所 :
3. 出 身 大 学 :
4. 大学卒業年月日 : 年 月 卒業
5. 臨床研修病院名 :
6. 専攻する診療科名 :

※内科専門研修プログラム・外科専門研修プログラムを選択した方のみ以下に○印をお願いします。

(血液呼吸器膠原病・感染症内科／循環器腎内分泌代謝内科／消化器肝臓内科
／心療内科／神経内科／呼吸器腫瘍内科／外科／心臓血管外科／呼吸器外科)

上記により、関西医科大学における専門研修プログラムに応募したく、
関係書類を添えて出願します。

年 月 日

届出者名 : ㊟

- ※提出書類
- ① 履歴書 (所定様式)
 - ② 医師免許証 (写)
[本学研修医不要]
 - ③ 臨床研修修了 (見込み) 証明書
[本学研修医不要]