高知大学医学部附属病院専攻医応募申請書

令和　　年　　月　　日

高知大学医学部附属病院長　　殿

私は、高知大学医学部附属病院における以下の専攻医の選考試験に応募いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望プログラム名 | | プログラム名  （希望診療科名　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ふりがな |  | | 性　別 |
| 氏　名 |  | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日生　（記入日時点 満　　　才） | | |
| ユーザーID | （専攻医登録システムに登録済みの方は記載して下さい） | | |
| 現住所  連絡先 | 住　所 | 〒　　　－ | |
| 電　話 |  | |
| 携帯電話 |  | |
| E-mail |  | |
| 試験関係の  書類送付先 | | 〒　　　－ | |
| 出身大学名 | |  | |
| 出身大学卒業年度 | | 平成 ・ 令和　　　　年　　　　月　卒業 | |
| 卒後臨床研修病院名 | |  | |
| 卒後臨床研修  修了年度 | | 平成 ・ 令和　　　　年　　　　月　修了 | |
| 医師免許証  （医籍登録） | | 医籍登録番号　　〔　　　　　　　　　　　　　〕  医籍登録年月日　　平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 学会会員番号 | | 学会名  会員番号〔　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |
| 志望動機 | |  | |

高知大学医学部附属病院専攻医応募申請書（記載例）

令和　４年　○月　○日

高知大学医学部附属病院長　　殿

私は、高知大学医学部附属病院における以下の専攻医の選考試験に応募いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望プログラム名 | | プログラム名　高知大学〇〇科専門研修プログラム  （希望診療科名　　　〇〇科　　　　　　　　　） | |
| ふりがな | しこく　　はなこ | | 性　別 |
| 氏　名 | 四　国　　花　子 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　〇　年　〇　月　〇　日生　（記入日時点 満〇〇　才） | | |
| ユーザーID | （専攻医登録システムに登録済みの方は記載して下さい）  　　　〇〇〇〇〇〇 | | |
| 現住所  連絡先 | 住　所 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  　〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇　（※申請書作成時の住所） | |
| 電話(自宅) | 〇〇－〇〇－〇〇 | |
| 携帯電話 | 〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇 | |
| E-mail | 〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇 | |
| 試験関係の  書類送付先 | | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  　〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇 | |
| 出身大学名 | | 〇〇大学 | |
| 出身大学卒業年度 | | 平成 ・ 令和　　〇　年　　〇　月　卒業 | |
| 卒後臨床研修病院名 | | 医療法人〇〇会〇〇〇〇病院 | |
| 卒後臨床研修  修了年度 | | 平成 ・ 令和　　〇　年　　〇　月　修了 | |
| 医師免許証  （医籍登録） | | 医籍登録番号　　〔　　〇〇〇〇〇〇　　　　　〕  医籍登録年月日　　平成 ・ 令和　〇　年　〇　月　〇　日 | |
| 学会会員番号 | | 学会名　　　日本〇〇〇〇学会  会員番号〔　　　〇〇〇〇〇〇〇〇　　　　〕 | |
| 志望動機 | | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | |