山梨大学・山梨県専門研修プログラム　専攻医応募申請書

令和　　年　　月　　日

プログラム責任者　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　写真貼付

縦たて縦

山梨大学・山梨県専門研修プログラムによる研修を希望しますので、　　　　　　　縦30～40ミリ

下記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　横24～30ミリ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 旧氏名 |  |
| 氏　　名 |  | 改姓月 | 　　　　　　年　　　月　　 |
| 理　由 |  |
| 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 | （ | （　 | 歳） | 性 別 |  |
| ふ り が な |  |
| 現 住 所 | 〒電話(　　　　) 　 － 　　携帯電話 　 ― 　 － |
| ふ り が な |  |
| 出 身 地  | 〒 |
| E-mail | 　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　(**yamanashi.ac.jp以外**のドメインのアドレスを記載してください) |
| 学歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校 | 　　　　　　　　年　　　月　卒業 |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　大学医学部 | 　　　　　年　　　月　卒業 |
| 免許 | 医　籍　登　録　番　号 | 医　籍　登　録　年　月　日 |
| 第　　 　　　 　　　　号 | 年 　　月 　　日 |
| 臨床研修施設 | プログラム名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）１年目研修施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２年目研修施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了 | 平成 | 年　　　月 | □修了見込み | いずれかに✓を入れること |
| 令和 | □修了 |
| 臨床研修に中断期間のある場合は、その期間と事由 | 中断期間：　　　年　　月　　日　　～　　　　年　　　月　　　日　　　　事由： |
| 研修希望プログラム（希望する診療科に○を付けてください） | 内科 | 小児科 | 皮膚科 | 精神科 |
| 外科 | 整形外科 | 産婦人科 | 眼科 |
| 耳鼻咽喉科 | 泌尿器科 | 脳神経外科 | 放射線科 |
| 麻酔科 | 病理 | 臨床検査 | 救急科 |
| 形成外科 | リハビリテーション科 |  |  |
| 賞　罰 | なし　・　あり（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 地域枠等就労義務 | なし　・　あり（ありの場合：就労義務のある都道府県・組織等：　　　　　　　　　　　　　　） |

　※記入スペースが足りない場合は、別紙に記入して添付してください。

山梨大学医学部附属病院 専門医キャリア支援センター（055-273-1111）