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）