



令和3年度専門研修プログラム(レジデント・フェロー)申込書

	姓	名	性別				
ふりがな							
ローマ字表記							
氏名			男・女				
E-mail							
卒業大学							
卒業年月日	平成	年	月	日			
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	平成	年	月	日
現所属施設							
初期臨床研修修了	平成・令和	年	月	日			

新しい専門医制度での申込みですか？	Yes () ・ No () ※歯科口腔外科ご希望の方はNoにチェックしてください。
地域枠制度等を利用されたことはありますか？	※「地域枠制度等」(地方公共団体等との契約により、奨学金等を得る代わりに専門研修中に一定期間の業務に従事することを約束した制度等のこと)を利用した者および「地域枠制度」(同)を利用した者がそれを辞退しての申し込みは認めておりません。 Yes () ・ No ()
※新制度の場合 希望プログラム名	当院基幹プログラムでの採用希望の場合は当該プログラム名を、また、他病院を基幹とするプログラムに所属(を予定)している方は、所属(予定)プログラム名をお知らせください。 <div style="text-align: right;">専門研修プログラム</div>
※旧制度・歯科の場合 希望診療科名	診療科
採用希望年次	レジデント (R1 ・ R2 ・ R3)
	フェロー (F1 ・ F2 ・ F3)
	上記いずれか一つを必ず○で囲んでください。 【注】 ※R2・・・レジデント2年目、F3・・・フェロー3年目の意 (例)臨床研修修了見込者の場合、R1 となります。