**北海道立羽幌病院　家庭医療専門研修プログラム応募申請書**

　　　年　　　月　　　日

北海道立羽幌病院長　殿

申請者

ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

北海道立羽幌病院　家庭医療専門研修プログラムへ応募致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する領域 | □　新家庭医療専門研修（単独型）  ＊総合診療専門研修と連動して研修する場合は、総合診療専門研修プログラム応募申請書のみでかまいません | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日生 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 連絡先 | 〒    　電話  　携帯電話  E-mail | | |
| 出身大学 | 年　　　月　　　日卒業 | | |
| 出身地 |  | | |
| 医籍登録 | 年　　　月　　　日　　第　　　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 現所属先  (施設名、科名) |  | | |
| 地域枠等の有無 | 所属する地域枠制度： | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭医療  （総合診療）  を志望した理由 |  |
| 当院を  志望した理由 |  |
| 備考 |  |