**北海道立羽幌病院　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

北海道立羽幌病院　専門研修プログラムへ応募致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する領域  （複数可） | □ 総合診療専門研修（日本専門医機構認定）  □ 新・家庭医療専門研修（日本プライマリ・ケア連合学会認定）  □ 病院総合診療専門研修（日本病院総合診療医学会認定） | | |
| 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  専門研修等) |  | | |
| 地域枠等の有無  （義務内の場合） | 所属する地域枠制度： | | |

|  |  |
| --- | --- |
| この領域の研修  を志望した理由 |  |
| 当院を  志望した理由 |  |
| 備考 |  |