**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 |  |