**年度三重大学医学部附属病院**

受 験 番 号 ※

※ 受 付 印

**専門研修プログラム申請書（兼履歴書）**

三重大学医学部附属病院

専門研修プログラム統括責任者　　様

　　　度専門研修プログラムの以下のコースに応募します。

診療科（希望する診療科の前に○を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | 総合診療科 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 性別 | | | 男・女 | | 写　真  縦　4.5cm  横　3.5cm |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年　　月　　日 | | 才 | | 本籍又は国籍 | | 都・道  府・県 | | |
| 医籍登録  番号 | 第　　　　　　　　号 | | 医籍登録  年月日 | | 西暦　　年　　月　　日 | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 携帯(　　 　)　　　 － | | | | | | 電話(　　 　)　　　 － | | | | |
| 帰省先等の  連絡先 | 〒 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話(　　 　)　　　 － | | | | |
| 選考結果通知先  (希望する方に〇) | 現　住　所　・　帰省先等の連絡先 | | | | | | | | | | |
| 最終  大学名 |  | | | | | | | 卒業年月 | | 西暦　　　年　　　月 | |
| 年　　月 | 学　歴　・　職　歴 (高校卒業時より記入のこと) | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 |  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 三重大学医学部附属病院専門研修プログラムを希望した理由・動機 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 将　　来　　希　　望　　す　　る　　進　　路 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 初　　期　　臨　　床　　研　　修　　中　　の　　業　　績 |
| 学会発表　　　　　　　　　回　・　論文発表　　　　　　　　　編　・　剖検　　　　　　　　　症例 |
| 〈記入上の注意〉   1. ※印欄以外の欄はもれなく記入すること。 2. 業績は筆頭発表者、筆頭著者になったもののみ記入してください。 |