2019年度長崎大学病院

専門研修プログラム（専攻医）願書

記入日:　　年　　月　　日

※注1）			写真 4cm×3cm 裏面に名前を 記入して下さい
ふりがな			
氏　名	★必ず自著願います。		
生年月日	年　　月　　日 生		
本籍・国籍	都 道 府 県		男 ・ 女
現住所（連絡先）	〒（　　－　　）		
TEL		携帯	
E-mail			
医師免許	平成　　年　　月　　日 取得,　第　　号		
学 歴	大学医学部 （平成　　年　　月卒業）		
初期臨床研修病院名			
都道府県奨学金貸与の有無	有 （都道府県名:　　） ・ 無		
賞　罰　※注2）			

希望する研修プログラム名 ※注3）		
入局希望の有無		どちらかに〇をつけて下さい。　有　・　無
入局希望者のみ記載	希望入局科名	原則1つ記入してください。　（　　）
	来年度 関連病院での研修希望の有無	どちらかに〇をつけて下さい。　有　・　無
	来年度 研修希望関連病院名 （関連病院希望者のみ記載）	

注１）この欄には、記入しないでください。

注２）賞罰が無い場合、「無」と自筆記入して下さい。記載事項に虚偽又は不正事項等が判明した場合は、採用されない事があります。

注３）募集要項内の別表【プログラム】を参照ください。

【個人情報の取り扱いについて】

この願書は、長崎大学病院 医師育成キャリア支援室で厳重に管理いたします。但し、長崎大学病院各診療科および教育関連病院に個人情報を公開することがありますが、専門研修プログラムの目的以外には一切使用しませんので、ご了承ください。