

新専門医制度に基づく 令和6年度 奈良県総合医療センター専攻医申込書

令和6年度専攻医に申込いたします。

ふりがな		写真を貼る位置 縦4cm×横3cmの写真を使用してください。
氏名	印	
年　月　日生　(満　歳)	性別　男・女	
ふりがな	連絡先	
現住所	〒　—	TEL. FAX.
ふりがな	連絡先	
連絡先	〒　—　(現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)	TEL. FAX.
メールアドレス		

※必ずご確認いただきやすいメールアドレスを記載して下さい。

希望するプログラム (※いずれかを○で囲んで下さい)	内科	外科	小児科
	産婦人科	麻酔科	救急科

国家試験合格	第 回 年 月 日						
医籍登録年月日・医籍番号	年 月 日 第 号						
保険医登録番号	医 第 号						
初期臨床研修	期間	年 月 日		～ 年 月 日			
	病院名						
緩和ケア研修会受講有無	有 (年 月 日) • 無						

志望した理由・動機	
将来の希望する進路、専門領域等	
論文・学会発表等（著者名全員（自身に下線）：題名・雑誌名 卷：頁一頁、発行年（西暦））※別紙に記載可	
本人の希望記入欄	
扶養家族 (配偶者を除く)	配偶者 有 • 無