新専門医制度に基づく

令和9年度 奈良県総合医療センター専攻医申込書

令和9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		
西暦　　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） 方	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 （※いずれかを〇で囲んで下さい）	内科　外科　小児科 産婦人科　麻酔科　救急科

年	月	学歴・職歴（高校以降，各別にまとめて書く）

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　巻 ： 頁－ 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

地方独立行政法人 奈良県立病院機構
奈良県総合医療センター
Nara Prefecture General Medical Center