

# 新古賀病院群外科専門研修プログラム 応募申請書

|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| 年 月 日現在                                                                                                                                                                                                                           |                      |                   | 写真<br><br>4.5×3.5 |
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                              |                      | 性別                |                   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                               | 印                    | 男 ・ 女             |                   |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                              | 昭和 年 月 日 (満 歳)<br>平成 |                   |                   |
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                              |                      |                   |                   |
| 現住所                                                                                                                                                                                                                               | 〒                    |                   |                   |
| 電 話                                                                                                                                                                                                                               |                      |                   |                   |
| E-mail<br>(携帯アドレス<br>以外)                                                                                                                                                                                                          | @                    |                   |                   |
| 緊急連絡先                                                                                                                                                                                                                             | 〒                    |                   |                   |
| 電 話                                                                                                                                                                                                                               |                      | 氏名                | 続柄                |
| 医籍登録番号 第 号                                                                                                                                                                                                                        |                      | 登録年月日 年 月 日       |                   |
| <p>ご希望の研修に○をつけて下さい。</p> <p>1. 外科専門医研修</p> <p>2. サブスペシャリティ領域を考慮した並行研修</p> <p>【 サブスペシャリティ領域 】</p> <p>(上記2の場合、現時点での希望診療科に○をつけて下さい)</p> <p>1. 消化器外科      2. 心臓血管外科      3. 呼吸器外科</p> <p>4. 小児外科      5. 乳腺内分泌外科      6. その他（救急含む）</p> |                      |                   |                   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                               | 学歴・職歴（高校卒業時より記入）     |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |                   |
| 新古賀病院の病院見学                                                                                                                                                                                                                        |                      | あり（ 年次の時）      なし |                   |
| 希望受験日                                                                                                                                                                                                                             | ① 月 日                | ② 月 日             | ③ 月 日             |

受理 年 月 日

資格・免許

---

---

趣味・特技

---

---

志望動機

---

---

---

---

---

---

---

自己PR

---

---

---

---

---

---

---

業績(学会発表、論文等)

---

---

---

---

---

※ 日本外科学会のホームページにて、必ず提示された期限内に  
当研修プログラムへの専攻医登録を、各自で行って下さい。  
<https://www.jssoc.or.jp/>