

# 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

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) 平成			
ふりがな				
現住所	〒			
電話				
E-mail (携帯アドレス以外)	@			
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 style="text-align: center;">【 サブスペシャリティ領域 】</p> <p style="text-align: center;">(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. 呼吸器外科    3. 心臓血管外科    4. 乳腺内分泌外科</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/>