

## 令和5年度専門研修プログラム(レジデント・フェロー)申込書

	姓	名	
ふりがな			性別
ローマ字表記			
氏名			男 ・ 女
E-mail			
卒業大学			
卒業年月日	平成 ・ 令和	年	月 日
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日 平成 ・ 令和 年 月 日
現所属施設			
初期臨床研修修了	平成 ・ 令和	年	月 日

新しい専門医制度での申込みですか？	Yes ( ) ・ No ( ) ※歯科口腔外科ご希望の方はNoにチェックしてください。		
地域枠制度等を利用されたことはありますか？	※「地域枠制度等」(地方公共団体等との契約により、奨学金等を得る代わりに専門研修中に一定期間の業務に従事することを約束した制度等のこと)を利用した者および「地域枠制度」(同)を利用した者がそれを辞退しての申し込みは認めておりません。 Yes ( ) ・ No ( )		
※新制度の場合 希望プログラム名	当院基幹プログラムか他施設基幹プログラムのどちらかを○していただき、当院基幹プログラム採用希望の場合は当該プログラム名を記入。他施設基幹プログラムの場合は、 <u>大学名とプログラム名と当院での研修期間</u> をご記入ください。		
	当院基幹プログラムである( )  専門研修プログラム	他施設基幹プログラムである( ) 大学名:  専門研修プログラム 研修期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
※旧制度・歯科の場合 希望診療科名	診療科		
採用希望年次	レジデント ( R1 ・ R2 ・ R3 )		
	フェロー ( F1 ・ F2 ・ F3 )		
	上記いずれか一つを必ず○で囲んでください。 【注】 ※R2・・・レジデント2年目、F3・・・フェロー3年目の意 (例)臨床研修修了見込者の場合、R1 となります。		