令和　　　年　　　月　　　日

専門研修プログラム統括責任者　　殿

**社会医学系専門研修願**

私は、社会医学系専門医制度における専攻医として登録し、産業医科大学社会医学系専門医研修プログラムに基づいた研修を行いたく、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | （ 昭和・平成 ）  年　　月　　日(　　歳) | |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 研修開始日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 住　　所 | 〒　　　－  　TEL　　　　　　　　　　　　　　E-mail | | | | |
| 最　　終  大学名 |  | | 卒業年月 | | （平成・令和）  年　　　月 |
| 初期臨床  研修先  病院名 |  | | | | |
| 初期臨床研修期間 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日  　平成・令和　　　年　　　月　　　日　修了・修了見込 | | | | |
| 産業医学基本講座 | □未受講  □受講済（修了証№　　　　　　　　　　） | | | | |
| 担　　当  指導医 | 所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |
| 備　　考 |  | | | | |

【添付書類】　履歴書、医師免許証（写）、臨床研修修了証明書または修了見込証明書