令和　　年　　月　　日

産業医科大学病院

放射線科専門研修プログラム統括責任者　殿

　私は、産業医科大学病院放射線科専門研修プログラムの専攻を希望しますので、必要書類を添付のうえ、応募いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男・女 |
| 応募者氏名 |  | 生年月日 | （昭和・平成）　　年　　月　　日（　　歳） |
| 現住所等 | 郵便番号　　　　－　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話（自宅）　　　　　　　　　　　　　　　（携帯）　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 出身大学 | 　　　　　　　　　　　大学　（　　　　　年　　月　卒業　） |
| 初期臨床研修先病院名（住所・電話） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（電話　　　　　　　　　　　　　　） |
| 産業医科大学出身者のみ記入 |
| 産業医学卒後修練課程コース名 | □専門産業医コースⅡ□産業医修練コースⅡ□産業医科大学大学院 |
| 所属診療科等名 | 　 |
|  |
| 必要書類 | チェック□申請書□履歴書（新規に産業医科大学病院勤務となる場合には、医師免許証（写）等書類の提出が別途必要となります。詳しくは大学病院HPをご覧ください。） |