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、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | ㊞ | 年　　次 | 年次（研修開始日時点） | |
| 研修開始日 | 令和　８　年　４　月　１　日 | |
| 職　　名 | 産業医学修練医（専門産業医コースⅠ）　　　 産業医学専修医 | | | | |
| 担　　当  指導医 | 所属　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | ㊞ |
| 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 | | | | |
| 備　　考 |  | | | | |

（注）年次は、研修開始日における年次を記入すること。

上記の者は、社会医学系専門医制度の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う意思のあることを認めます。

所属名

所属長名　　　　　　　　　　　　　　　㊞