

見本【他病院を基幹とするプログラムに所属】

20●●年 ●月 ●日

近畿大学病院

病院長 東田 有智 殿

近畿大学病院／近畿大学奈良病院どちらかをプルダウンで選択してください。

プルダウンで選択してください。

近畿大学病院

プログラム責任者氏名

●● ●●

印

専攻医申込書

専攻医として、近畿大学病院（近畿大学奈良病院）で研修させていただきたく関係書類を添えて提出いたします。

ふりがな		きんだい たろう		近大
申込者氏名		近大 太郎		
生年月日		19●●年 ●月 ●日		
近畿大学病院	希望プログラム名	近畿大学病院●●専門研修プログラム		
	希望診療科名	●●●科		
	プログラム開始年月日	20●●年 ●月 ●日		

近畿大学病院／近畿大学奈良病院どちらかをプルダウンで選択してください。

プログラムの正式名称を記入してください。

近畿大学病院（近畿大学奈良病院）で研修を開始する日付を記入してください。

他病院を基幹施設とする専門研修プログラムに所属し、連携施設として近畿大学病院（近畿大学奈良病院）での研修を行う場合は下記も記入ください。

所属病院	病院名	●●病院		
	プログラム名	●●病院●●専門研修プログラム		
	診療科名	●●●科		
	プログラム責任者氏名	●● ●●		印
	プログラム開始年月日	20●●年 ●月 ●日		

プログラムの研修開始日を記入してください。