

見本【近畿大学病院（近畿大学奈良病院）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

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

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。

●● ●●

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	
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	

近大

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。

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	記入不要
	プログラム名	
	診療科名	
	プログラム責任者氏名	
	プログラム開始年月日	

印