

医療法人社団日高会日高病院 平成19年度シニアレジデント申込書

平成 年 月 日

医療法人社団日高会 理事長 殿

私は、貴病院においてシニアレジデントとして研修を行いたいので、提出書類を添えて申し込みいたします。

氏 名	(ふりがな)		本籍
			都道府県
生年月日	昭和 年 月 日 生 (歳)	性別	男 ・ 女
現住所	〒		
	連絡先 (1~3のうち当院からの連絡先として希望する方法を○で囲んでください) 1. 電話番号： 2. 携帯電話番号： 3. E-mail：		
連絡先 (現住所以外で連絡希望の場合)	〒 電話番号：		
卒業大学・学部名	大学		学部
	平成 年 月 卒業		
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日
保険医登録番号	医 号	保険医登録年月日	年 月 日
研修希望コース	・ 外科専門医・整形外科専門医 ・ 泌尿器科専門医・眼科専門医 ・ 透析専門医・消化器外科専門医 ・ 消化器内視鏡専門医		コース希望
提出書類	1) 申込書 2) 履歴書 (市販のもので可) 3) 医師免許証 (写) 4) 臨床研修の修了(見込み)証明書 5) 健康診断書 (申込日より3ヶ月以内のもの)		
研修志望の理由			