

# 専門研修プログラム申込書

関西医科大学

卒後臨床研修センター長 殿

1. 氏 名 :
2. 出身大学 :
3. 大学卒業年月日 :                    年            月            卒業
4. 臨床研修病院名 :
5. 専攻する診療科名 :

※内科専門研修プログラム・外科専門研修プログラムを選択した方のみ以下に○印をお願いします。

【内科】 血液呼吸器膠原病・感染症内科／循環器腎内分泌代謝内科／消化器肝臓内科

心療内科／神経内科／呼吸器腫瘍内科

【外科】 上部消化管外科／下部消化管外科／肝臓外科／胆膵外科／乳腺外科／小児外科／

心臓血管外科／呼吸器外科／(未定)外科

上記により、関西医科大学における専門研修プログラムに応募したく、  
関係書類を添えて出願します。

年            月            日

届出者名 :

⑩

- ※提出書類
- ① 履歴書 (所定様式)
  - ② 医師免許証 (写)  
[本学研修医不要]
  - ③ 臨床研修修了 (見込み) 証明書  
[本学研修医不要]