独立行政法人国立病院機構　東近江総合医療センター
２０２４年度専攻医申込書

西暦　　年　　月　　日

２０２４年度専攻医に応募いたします。

希望プログラム（コース）
内科専攻医研修プログラム ☐ 内科基本コース　　☐ 消化器内科重点コース ※ 希望するコースに☑を入れてください。

ふりがな	※ 男 ・ 女
氏　名	印
昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 (満　　才)	本籍 都 道 府 県

写真をはる位置
1．縦 36 ～ 40 mm
　横 24 ～ 30 mm
2．本人単身胸から上
3．裏面のりづけ

ふりがな	TEL（自宅・携帯等）
現住所 〒（　　－　　）	
ふりがな	TEL
現勤務先 〒（　　－　　）	（　　） －
e－mail アドレス	

㊟ 学歴・職歴は分けて、職歴に付いては詳細に記入すること

年	月	学歴・職歴
		学　歴
		高等学校　入学
		高等学校　卒業

年	月	免許・資格
		第　　回　医師国家試験 合格
		医師免許取得（ 医籍登録番号 第　　号　登録年月日 S・H　年　月　日 ）

東近江総合医療センターを希望した理由・動機

希望するサブスペシャリティ領域

将来希望する進路	
論文・学会発表等	