

独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター
2025年度専攻医申込書

西曆 年 月 日

2025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				T E L	
現勤務先 〒 (-)				()	
				-	
e-mail アドレス					

⑨ 学歴・職歴は分けて、職歴に付いては詳細に記入すること

[illegible]

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 登録年月日 号 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	