

年 月 日

専攻医応募申込書

公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院
院長 宮澤 由美 殿

(フリガナ)

氏 名 _____ 印

今般、貴院の専門研修プログラムに応募致したく、関係書類を添えて申し込み
ます。

希望診療科	
生年月日	西暦 年 月 日 生
性別（自由記載）	
現住所	〒
電話番号	
Eメールアドレス	
希望連絡方法 ^(注1)	
所属病院名・部署	
所属病院住所	〒
所属病院電話番号	
卒業大学名	大学 医学部 年 卒
医師免許取得年月	西暦 年 月 取得
備考 ^(注2)	

(注1) 希望連絡方法は、Eメール、携帯、病院へ電話など具体的にご記入下さい。

(注2) 備考欄は、研修方法の希望など、自由にご記入下さい。