　　年　　月　　日

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院　院長　様

**株式会社日立製作所ひたちなか総合病院**

**内科専門研修プログラム申込書**

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 内科専門研修プログラムへ応募いたしますので、よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 写真 | (ふりがな) |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | (西暦)　　　 年　 月　 日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| （ふりがな） |  | | | |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | －　　　　－ | | |
| メールアドレス |  | | |
| （ふりがな） |  | | | |
| 緊急連絡先  （実家等） | 〒　　　　－ | | | |
| 氏名・続柄 | （続柄） | | |
| 電話番号 |  | | |
| 出身大学  及び卒業年次先 | 大学　　　　　　　　　西暦　　　　　　　年卒 | | | |
| 今年度修了予定  の臨床研修  プログラム名称 |  | | | |
| 茨城県医師修学資金貸与制度の利用有無 | １．地域枠　　２．一般修学資金　　　３．制度の利用なし  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかを〇で囲む） | | | |

資格・免許等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・免許等の名称 | 番号 | 資格取得年月日 |
|  |  | (西暦)　　　　　　年 　　月 　　日 |
|  |  | (西暦)　　　 　　年 　　月 　　日 |
|  |  | (西暦)　　　 　　年 　　月 　　日 |
|  |  | (西暦)　　　 　　年 　　月 　　日 |
|  |  | (西暦)　 　　年 　　月 　　日 |