

# 専 門 研 修 申 込 書

年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は、2021年4月1日より開始する 2021年度 旭川赤十字病院専門研修プログラム  
について、関係書類を添えて申込みいたします。

希望する研修領域	
将来検討している Subspeciarty 領域・診療科	※総合診療専門研修プログラムは、3年コース・4年コースも記載ください

ふりがな 氏 名		生年月日	昭・平	年	月	日
		年齢・性別	(	歳)	男・女	
連 絡 先	〒 住所： 電話番号： 携帯番号： メールアドレス：					
上記以外の 連 絡 先 (帰省先等)	〒 住所： 電話番号：					
受験希望日	第1希望	月			日	
	第2希望	月			日	
	第3希望	月			日	

<p>申込の研修領域を 志望した理由</p>	
<p>当院を志望する理由</p>	
<p>備考欄</p>	