

専門研修申込書

年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ ㊟

私は、2023年4月1日より開始する 2023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 Subspecialty 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	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>	