

専 門 研 修 申 込 書

年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ (印)

私は、2024 年 4 月 1 日より開始する 2024 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 年齢・性別	年 月 日 (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		

申込の研修領域を 志望した理由	
当院を志望する理由	
備考欄	