（公）地域医療振興協会　練馬光が丘病院

2025 年度専攻医選考試験申込書

（内科・麻酔科・救急科・総合診療・外科）*

（*欄は希望するプログラムに〇をつけること）

写真
無帽、上半身
3 ヵ月以内に撮影
4 cm x 3 cm
裏面に氏名記入

フリガナ		男・女
氏　名		
生年月日(西暦)	年　　月　　日（満　　歳）	

フリガナ			
現住所	〒　　－		
電話		E-mail	
フリガナ			
連絡先	〒　　－　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）		

学　歴（中学校以降）					
修業期間（西暦）					学校・学部・学科名
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
職　歴（初期臨床研修については次欄に記載）					
在職期間（西暦）					勤務先名
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
初期臨床研修歴					
年	月	～	年	月	
基幹施設及びプログラム名					
年	月	～	年	月	
基幹施設及びプログラム名（中断等でプログラム移行があった場合に記入）					

各項目不足する場合は、別紙に記入・添付のこと

年(西暦)	月	免許・資格
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	

趣味	特技

初期臨床研修中の学術活動

該当科の専門医を目指す理由

当院プログラムを志望する理由

自己ＰＲ

希望する基本診療科* (内科プログラムの場合のみ記載のこと)	総合診療科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	血液内科
	糖尿病内分泌内科		腎臓内科	神経内科	リウマチ科

事務局使用欄

受理日	受験番号	面接日