

(公) 地域医療振興協会 練馬光が丘病院

2023 年度専攻医選考試験申込書

(内科・麻酔科・救急科・総合診療科*)

(*欄は該当する診療科に○をつけること)

写真
無帽、上半身
3 ヶ月以内に撮影
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*		総合診療科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	血液内科
(内科プログラムの場合のみ)		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
-----	------	-----