令和　　年　 　月　 　日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 理事長　殿

氏名　 　　　印

専門研修プログラム申請書

記

1. 最終学歴（卒業年次、大学名）
2. 医籍登録年月日及び登録番号

平成　　　年　　　月　　　日　・　第　　　　　　　　　　　号

1. 採用希望年月日

令和3年4月1日

1. 希望する専門研修プログラムの領域・・・（クリックすると☑が入ります）

[ ] 内科　　[ ] 外科　　[ ] 救急科　　[ ] 麻酔科

[ ] 産婦人科　　[ ] 小児科　　[ ] 整形外科

1. 添付書類

履歴書、医師免許証（写）、臨床研修修了予定書（或いはそれを証明するもの）

1. 連絡先

　　　　住　　所

　　　　電話番号

　　　　FAX番号

　　　　メールアドレス