

(診療)部長 又は部門長	㊦
-----------------	---

兵庫医科大学病院 専門研修プログラム専攻医（レジデント）登録願

(西暦) 年 月 日

病 院 長 殿

フリガナ

氏 名 ㊦

下記により貴大学病院専門研修プログラムにおける専攻医（レジデント）として登録されるようお願いします。

記

専門研修プログラム	プログラム _____ ※専攻するプログラム名を記載してください。
入局診療科（部）	有 診療科（部）名： 無
現 住 所	〒 _____ 住所 _____ 電話番号（携帯番号） _____
出身大学名 卒業年次	_____ (西暦) 年 月
初期研修病院 修了年次	_____ (西暦) 年 月
医籍登録番号 医籍登録年月日	_____ (西暦) 年 月