

(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