(診療)部長 又は部門長	㊞

兵庫医科大学病院レジデント採用願（Ⅰ）

年　　月　　日

病　　院　　長　殿

住　所

氏　名　　㊞

TEL　（　　）　　－

現勤務先

住　所

TEL　（　　）　　－

下記により貴大学病院におけるレジデントとして採用されるようお願いします。

記

職　　名	レジデント（ Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ ）　※いずれかに○印
専攻プログラム （入局診療科（部））	科プログラム
	※専攻するプログラム名を記載してください。
新専門医制度への登録	有　（プログラム名称：　　） 無
備　　考	卒業学校名 卒業年次　　年　　月 医籍登録番号 医籍登録年月日　　年　　月　　日
大学院入学希望	有 ・ 無 ・ 未定（※該当する方を○で囲ってください）
	【注】本欄は入局診療科（部）が申込者の意向を把握し、進路指導に役立てるための欄です。大学院入学に際しては、別途所定の手続きが必要となります。
期　　間 ※記入不要（病院記入欄）	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日

【医局記入欄】

在職中の 関連施設での研修 ※期間欄は関連施設での研修が有の場合のみ記入	有 ・ 無 ・ 未定（※該当する方を○で囲ってください）	
	期間１	自　　年　　月　　日－至　　年　　月　　日
	期間２	自　　年　　月　　日－至　　年　　月　　日
	期間３	自　　年　　月　　日－至　　年　　月　　日