

秩父市立病院
令和 8 年度開始 総合診療専門医養成プログラム「ちちぶ」 申請書

令和 年 月 日

秩父市立病院 開設者 秩父市長 様

私は、貴院において総合診療専門医養成プログラム「ちちぶ」研修を希望のため、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
当院からの通知等 送付先	〒					
電話		FAX				
携帯電話						
携帯電話 E-mail アドレス※1	〔記入上注意事項:アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。ー(ハイフン)、_(アンダーバー)0(ゼロ)、O(オー)等わかり難い記号、字にはコメントをお願いします。〕					
PC 用 E-mail アドレス※1	〔記入上注意事項:アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。ー(ハイフン)、_(アンダーバー)0(ゼロ)、O(オー)等わかり難い記号、字にはコメントをお願いします。〕					
その他の連絡先 (帰省先)	〒 (電話)					
出身大学	大学 卒業年月日 年 月 日					
備考						

※E-mail アドレスは現住所への「郵便物送付」同様に「確認事項」送付に使用します。
記入上の注意事項の他、数字 6、0 とアルファベット b、o 等分かり易く記入すること。

この用紙は、履歴書、医師免許証（写）、臨床研修修了登録証（写）あるいは修了見込証明書、健康診断書を以下記載先へ送付してください。

※自筆のこと

〒368-0025 埼玉県秩父市桜木町8-9 秩父市立病院 臨床研修管理室