

秩父市立病院
令和7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。-(ハイフン)、_(アンダーバー)0(ゼロ)、0(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。-(ハイフン)、_(アンダーバー)0(ゼロ)、0(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