鹿児島大学産婦人科研修プログラム申込書

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生 | 男　・　女 |
| 現　住　所 | 〒（　　　-　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　　- |
| E-mail |  |
| 出　身　校 |  | 卒　業　年 | 　　　　　　年 |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　号 | 医籍登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 備　　　考 | ＊初期臨床研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）＊鹿児島県地域枠または特定診療科枠の卒業生である　　は　い　・　いいえ　「はい」の場合はどちらかを○で囲ってください　　地域枠　・　特定診療枠 |

＊E-mailアドレスは、PCアドレス等の添付データを確認できるものをご記入ください。

＊申込書はFAXまたはメールでお送りください。

 FAX：099-265-0507

 E-mail：obgy@m.kufm.kagoshima-u.ac.jp