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