平成 　年 　月 　日

りんくう総合医療センター　泉州救急科専門研修プログラム管理委員会　殿

**「りんくう総合医療センター　泉州救急科専門研修プログラム」応募願**

このたび、りんくう総合医療センター　泉州救急科専門研修プログラム後期研修医に応

募いたしたく、所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **現住所**  **( 連絡先)** | **〒（ 　　－ 　　）**  **（TEL　　 －　　 －　　 ） （携帯 　　－ 　　－　　 ）** |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** | **@** |
| **（ふりがな）**  **氏 名**  **生年月日** | **昭和 　年　 月 　日生 男 ・ 女（いずれかを○で囲んでください。）** |
| **出身大学**  **卒業年次** | **大学医学部　 平成 　　年卒** |
| **初期臨床研**  **修病院名** |  |
| **医師免許証** | **平成 　年　 月 　日 取得 第 　　　　　　　　号** |

選考に関する詳細については、後日　ご連絡いたします。