

令和 年 月 日

市立四日市病院長 殿

氏名 印

## 専門研修プログラム応募申請書

専門研修を希望しますので、関係書類を添えてここに申請致します。

プログラム名	
※希望する subspecialty 分野	
現在の勤務先名	
現住所	〒 電話: メールアドレス:
最終学歴	平成・令和 年 月 卒業
初期臨床研修を行った病院名	平成・令和 年 月 修了見込み・修了
医籍登録	平成・令和 年 月 日 (第 号)

※内科での研修を希望する場合には、循環器内科・消化器内科・呼吸器内科・腎臓内科・血液内科・脳神経内科・糖尿病内分泌内科の中から希望する subspecialty 分野 1 つを記入してください。

志望動機
------

# 履 歴 書

令和 年 月 日 現在

ふりがな
氏 名
印
年 月 日生(満 才)

写真貼付  
3cm×4cm  
上半身脱帽・  
3ヶ月以内に撮影  
したもの  
写真裏面に氏名  
を記載

ふりがな
現住所(〒 - )
TEL: 携帯電話:
メールアドレス:

年	月	学 歴
		高等学校卒業
年	月	職 歴

賞罰欄 (賞罰は必ず記載すること、ない場合は“なし”と記載すること)
------------------------------------

## 臨床研修修了見込証明書

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
臨床研修を行った病院名	
研修期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 修了見込

当院は、厚生労働省の定める臨床研修指定病院であり、上記の者は当院にて上記の期間で臨床研修を修了する見込みであることを証明する。

令和 年 月 日

病院名

病院長名

印

# 推薦状

令和 年 月 日

市立四日市病院院長 殿

<推薦者>

施設名

役職名

氏名

印

次の者を市立四日市病院の専攻医として推薦致します。

研修医氏名

\_\_\_\_\_

推薦理由

**【必要な書類】**

- 1) 専門研修プログラム応募申請書
- 2) 履歴書(3 カ月以内の写真を貼付)
- 3) 医師免許証の写し (A4 サイズ)
- 4) 臨床研修修了見込み証明書
- 5) 推薦状(研修管理委員長やプログラム責任者等による推薦状)
- 6) 返信用封筒(角形2号封筒に120円切手貼付、氏名、送付先記入)

**【書類送付先】**

〒510-8567 三重県四日市市芝田二丁目 2-37

市立四日市病院

総務課 専門研修担当 宛