

## 令和7年度 レジデント申込書

ふりがな			性別
氏名			
生年月日	年	月	日

現勤務先	
所在地	〒 _____
電話番号	( _____ )
初期研修終了（見込）	平成・令和 _____ 年 _____ 月
面接日	令和 6 年 7 月 26 日

出身大学	_____ 大学
卒業	_____ 年 _____ 月
地域枠該当 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 《有の場合、具体的な就労条件》

次ページの希望プログラムを選択して下さい。

**【希望プログラム】 2016年度以降医師免許取得者（新専門医制度）**

希望プログラムおよびコース名に○をつけてください。

プログラム名		コース名	
	国府台病院内科 専門医研修プログラム	<input type="checkbox"/>	消化器・肝臓内科重点コース
		<input type="checkbox"/>	心療内科重点コース
		<input type="checkbox"/>	統合内科重点コース
	国府台病院精神科 専門医研修プログラム	<input type="checkbox"/>	国府台病院基本コース
		<input type="checkbox"/>	国立国際医療研究センター病院重点コース
		<input type="checkbox"/>	みさと協立病院重点コース

**【希望プログラム】 2015年度以前の医師免許取得者（旧専門医制度）**

希望プログラムに○をつけてください。

プログラム名	
<input type="checkbox"/>	心療内科後期研修プログラム
<input type="checkbox"/>	児童精神科後期研修プログラム

**【希望プログラム】 子どものこころ専門医制度プログラム**

希望プログラムに○をつけてください。

プログラム名	
<input type="checkbox"/>	子どものこころ専門医制度プログラム

**【添付書類チェックリスト】**

	① レジデント採用願書（本紙）
	② 履歴書（当院指定のもの）
	③ 大学卒業証書の写（A4） または 卒業証明書
	<b>【該当者のみ】</b> 大学院の修了証書の写（学位取得者は学位記の写を提出）（A4）
	④ 医師免許証の写（A4）
	⑤ 保険医登録票の写し（A4）
	⑥ 現在に至るまでの臨床歴を証明する在職証明書（当院指定のもの）
	⑦ 所属長の推薦状（様式は任意・A4）