様式第１号

　令和４年度　北九州専門医レジデント制度【申請書】

年　　月　　日

北九州市医師会長　殿

　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署又は記名押印）

　専門研修修了後は、北九州市の地域医療に貢献する意思があります。

　よって、本制度の目的に同意し、北九州専門医レジデント制度を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門研修領域 | 小児科　　・　　産婦人科 | | |
| 専門研修基幹病院  （所属先） |  | | |
| 専門研修  実施計画  (令和４年度研修分) | 専門研修　（　１ ・ ２ ・ ３　）　年次 | | |
| 病院名 | 研修期間 | |
|  | 年　月　～ 　年　月 | |
|  | 年　月　～ 　年　月 | |
|  | 年　月　～ 　年　月 | |
|  | 年　月　～ 　年　月 | |
|  |  | | |
| ふりがな |  | | （写真添付）  縦4cm×横3cm |
| 氏名 | 昭 ・ 平　　年　　月　　日生（　　歳） | |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　―　　　　)  市　　　　　　　区 | | |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　　　―　　　　　　　　自宅・携帯 | | |
| E - m a i l |  | | |
| 出身都道府県 | 県（　　　　　　　市） | | |
| 出身高校 | 高等学校　　　年　　月卒業 | | |
| 出身大学 | 大学　　　　学部　　　年　　月卒業 | | |
| 医師免許証取得年月日  及び番号 | 年　　　　月　　　　第　　　　　　　　　号 | | |
| 初期臨床研修病院 |  | | |

【別　紙】

〇将来、本市の地域医療に貢献したい、本市の医療機関で働きたい等、ご自身のお考え

を２，０００字以内でご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

関係書類　１　医師免許証の写し

２　推薦調書（様式第２号）