様式第１号

令和７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７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-mail		
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】

○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）