平成　　　年　　　月　　　日

**小児科専攻医採用申込書**

**熊本大学医学部附属病院小児科　殿**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 医籍登録年月日 | | 年　　月　　日 |
| 自宅住所 | 〒　　　　　　　- | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 出身大学 | 大学名【　　　　　　　　　】  平成　　　年　　　月　　　日（卒業見込・卒業） | | | |
| 初期研修 | 病院名【　　　　　　　　　】  平成　　　年　　　月　　　日（修了見込・修了） | | | |

※申請書を頂いた方には、後日、改めて必要な書類についてのご連絡を差し上げます。

※Ｅ-mail(pediat@kumamoto-u.ac.jp)又は郵送にてお送りください。