2025年度　長崎大学病院

専門研修プログラム（専攻医）願書　三次募集

記入日：　　年　　月　　日

※1）		写真 4cm×3cm （写真裏面に名前を記入して下さい）
ふりがな		
氏　名	★必ず自著願います	
生年月日	年　　月　　日 生	
本籍・国籍	都 道 府 県	男　・　女
現住所（連絡先）	〒（　　－　　）	
電話番号		
E-mail		
医師免許	平成・令和　　年　　月　　日 取得，　第　　号	
学　歴	大学 医学部　（平成・令和　　年　　月卒業）	
初期臨床研修病院名		
都道府県奨学金貸与の有無	有　（都道府県名：　　）　・　無	
賞　罰　※2）	★必ず自著願います	

希望する研修プログラム領域　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

専門研修プログラムシステムへの応募登録 ※3）…　☐ 完了（応募登録日：　　）　・　☐ 未了

入局希望の有無	希望あり　・　希望無し ↓ 入局希望科名　（　　）
入局希望の方へ 来年度の 関連病院での研修希望の有無	希望あり　・　希望なし ↓ 研修希望の関連施設名：

※１）この欄には、記入しないでください。

※２）賞罰が無い場合、「無」と自筆記入して下さい。記載事項に虚偽又は不正事項等が判明した場合は、採用されない事があります。

※３）領域学会 HP の「専攻医登録・応募」バナーから、希望する研修プログラムへの応募登録も必要です。

【個人情報の取り扱いについて】

この願書は、長崎大学病院 医師育成キャリア支援室で厳重に管理いたします。但し、長崎大学病院診療科および研修関連病院に個人情報を公開することがありますが、専攻医採用に係る目的以外には一切使用しませんので、ご了承ください。