令和　　　年　　　月　　　日

**小児科専攻医採用申込書**

**熊本大学病院小児科　殿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 医籍登録年月日 | 平・令　　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・令和　　　年　　　月　　　日（卒業見込・卒業） |
| 初期研修 | 病院名【　　　　　　　　　】平成・令和　　　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。