

秋田大学医学部附属病院

「大学病院連携型高度医療人養成推進事業」プログラム登録申込書

平成 年 月 日

秋田大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の「大学病院連携型高度医療人養成推進事業」採択プログラムに申し込みます。

ふりがな			性別	男・女
氏名	印			
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)			
現在の勤務先		職名		
勤務先住所	〒 TEL: () -			
卒業大学	大学 (平成 年 月卒業)			
医籍登録年月日	平成 年 月 日 (第 号)			
初期臨床研修病院				
初期臨床研修期間	平成 年 月～平成 年 月 修了(見込み)			
プログラム及び コース名 (□にレ印)	<input type="checkbox"/> 都会と地方の協調連携による高度医療人養成プログラム(東京医科歯科大・秋田大・島根大) (コース名) <input type="checkbox"/> NAR大学・地域連携「+α専門医」の養成プログラム(新潟大・秋田大・琉球大) (コース名)			
コース実施 診療科		コース実施責任 者承諾印	印	