

様式第1号

令和6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 _____ ⑩

(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6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 |

| | | |
|--------------------|-----------------------------|---------------------|
| 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 - m a i l | | |
| 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 | | |

○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）