

送付先：大阪大学医学部附属病院 放射線診断・IVR 科（履歴書、医師免許証コピーと併せて提出して下さい）

平成 年 月 日

大阪大学関連病院群放射線科専門研修プログラム統括責任者 殿

「大阪大学関連病院群放射線科専門研修プログラム」参加登録申請書

上記プログラムの登録を希望します。

コ ー ス 名	大阪大学関連病院群放射線科専門研修プログラム <input type="checkbox"/> 放射線診断専門医コース <input type="checkbox"/> 放射線治療専門医コース <input type="checkbox"/> 未定
(ふりがな) 氏 名 生 年 月 日	西暦 年 月 日生 男・女 (いずれかを○で囲んでください。)
出 身 大 学 卒 業 年 次	大学医学部 平成 年卒
現 勤 務 先	病院名： 診療科名：
自 宅 住 所	〒 (-) (TEL - -) (携帯 - -)
メー ル ア ド レ ス	(PC) @
臨 床 研 修 を 行 っ た 施 設	基幹型臨床研修病院： (研修プログラムの名称：) 協力型臨床研修病院：
医 師 免 許 証	西暦 年 月 日 取得 第 号

※個人情報の取り扱いについて

上記プログラム参加登録願は、当医局で厳重に管理いたしますが、関連する阪大病院診療科および研修病院等に個人情報を公開することがあります。しかしながら、本プログラムの目的以外には一切使用しませんので、予めご了承ください。