

西暦 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

(メール送付先 : ikyokuhisyo@radiol.med.osaka-u.ac.jp)

「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 - 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
出 身 大 学 卒 業 年 次	大学医学部 西暦 年 卒
現 勤 務 先	病院名 : 診療科名 :
自 宅 住 所	〒 (-) (電話 : - -) (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

<p>志望動機 自己 PR その他自由項目 (1000 字程度 を目安に、字数 増減可)</p>	
--	--

※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。