

年 月 日

## 令和7年度総合診療専門医育成プログラム申込書

浅間山麓・総合診療専門医育成プログラム  
統括責任者 殿

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女

下記のとおり令和7年度浅間山麓・総合診療専門医育成プログラムへ応募いたします。

### 記

1. 出身大学 \_\_\_\_\_

2. 卒業年月 \_\_\_\_\_ 年 月 卒業

3. 医籍登録 \_\_\_\_\_ 年 月 日 第 \_\_\_\_\_ 号

4. 現所属先 \_\_\_\_\_

所属施設名、所属診療科名（または初期研修医）を記入

5. 連絡先住所（常に連絡のとれる住所・電話番号を記入して下さい）

〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス（PC） \_\_\_\_\_

携帯メール \_\_\_\_\_

6. 出身地住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

添付書類 ・履歴書 ・医師免許証の写し  
・臨床研修修了登録証の写し（もしくは臨床研修修了見込み証明書）

\*ご記入いただいた内容は総合診療専門医採用に係る事以外では使用いたしません。