

令和9年度採用

岐阜県総合医療センター専攻医希望プログラム記入票

申込日 令和 年 月 日

地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター理事長 様

私は、貴院において、所定の研修プログラムによる研修を希望しますので本書及び別添の履歴書、医師免許証の写し、推薦状、医師臨床研修修了登録証の写しまたは医師臨床研修修了見込証明書を添えて応募します。

ふりがな 氏 名	
性 別	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
現 住 所	〒
携帯等電話番号	
E-mail	
希望プログラム (番号に○印)	1. 岐阜県総合医療センター内科専門研修プログラム 2. 岐阜県総合医療センター小児科専門研修プログラム 3. 岐阜県総合医療センター整形外科Ⅱ型専門研修プログラム

*****記入例*****

ふりがな 氏 名	ぎ ふ たろう 岐 阜 太 郎
性 別	男
生年月日	昭和・平成 6 年 4 月 2 日
現 住 所	〒500-8717 岐阜県岐阜市野一色4-6-1 マンションぎふ123号
携帯等電話番号	090-9999-9999
E-mail	info@gifu-hp.jp
希望プログラム (番号に○印)	☒ 1. 岐阜県総合医療センター内科専門研修プログラム ☐ 2. 岐阜県総合医療センター小児科専門研修プログラム ☐ 3. 岐阜県総合医療センター整形外科Ⅱ型専門研修プログラム

* 提出方法

本書に必要事項を記入のうえ、①履歴書 ②医師免許証の写し ③応募時点で勤務する施設長の推薦書 ④医師臨床研修修了登録証の写しまたは医師臨床研修修了見込証明書を添付して下記へ郵送等で提出してください。

* 記入について不明な点は、岐阜県総合医療センター 総合研修部へお問い合わせください。

TEL 058-246-1111 内線8158

FAX 058-248-3805

住所 〒500-8717 岐阜県岐阜市野一色4-6-1