産婦人科後期研修医（専攻医）個別面談申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　年　　月　　日

（申し込み先）

武蔵野赤十字病院

〒180-8610 東京都武蔵野市境南町1-26-1

担当：教育研修推進室　大屋

TEL：0422-32-3111　FAX：0422-32-3525

Email: kyoiku.hisho@musashino.jrc.or.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記の必要事項を記載の上、左記の

申込み先まで　①ＦＡＸ ②郵送 ③メール

いずれかの方法でお申し込みください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 昭　平 　 年　　月 　日 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 勤務先名 |  | | 出身大学 |  |
| 希望診療科 |  | | 医師経験年数 | 年 |
| 住　　所 | 〒  都　道  府　県 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| メールアドレス | ＠ | | | |
| 個別面談希望日  （＊原則平日のみ  休日は要相談） | 第1希望 | 2017年8月　　日（　）　午前 ・ 午後 ・ どちらでも | | |
| 第2希望 | 2017年8月　　日（　）　午前 ・ 午後 ・ どちらでも | | |
| 第3希望 | 2017年8月　　日（　）　午前 ・ 午後 ・ どちらでも | | |

＊楷書で丁寧に記入してください