平成２９年度　短期海外研修参加申請書

**申し込み締切：平成２９年８月２５日（金）必着**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性別 |
| １．氏名 |  |  |
| ２．生年月日 | 西暦　１９　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ３．所属病院名 |  |
| ４．身分等（診療科名） | 初期研修医（　　　）年目　（　　　　　　　　　　　　　）科希望 |
| ５．住所（連絡先等） | 　〒 |
| 電話番号： |
| 　Mail address： |
| ６．英語能力　※成績証明できるもの（コピー）を添付し、右欄へスコア等を記載して下さい。 | TOEFLTOEIC英検等 |  | 留学経験海外居住経験 | 　　　有(期間:　月・年)　　　無 |
| ７．参加希望理由等※参加希望理由・参加したい熱意など記載して下さい。※英語能力等については詳しく記載して下さい。※参加にあたり学びたいことなども自由に記載して下さい。 |  |
| ８．福島県の医療従事について | 別紙「平成２９年度短期海外研修参加申請レポート用紙」へ、１と２について各４００字程度で記載してください。 |
| ９．研修希望について（希望する診療科や施設など） |  |



※応募者多数の場合は、選考となりますので、予めご了承ください。