（様式１）

令和９年度 福島県立医科大学附属病院 専門研修プログラム願書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学附属病院長

私は、福島県立医科大学附属病院専門研修プログラムに応募いたします。
採用された場合は、福島県立医科大学附属病院並びに連携施設の規則等に従い勤務いたします。

ふりがな		印
氏名		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	
現住所	〒　　－ 携帯電話番号 メールアドレス	
連絡先 （帰省先等上記以外の連絡先がある場合）	〒　　－ 電話番号	
出身大学及び卒業年次	大学　　学部 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 卒業	
臨床研修病院名 及び修了（見込）年月日	病院 （研修プログラム名：　　） 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 修了（見込）	
希望専門研修プログラム	基本領域　内科 ・ 外科 ・ （　　） ※内科・外科以外の領域を希望する場合は（　　）内に記載してください。	
	サブスペシャルティ領域　（　　） ※**基本領域で内科を選択する方は、必ずサブスペシャルティ領域を指定してください**。内科以外の領域の場合、記載は任意です。	

添付書類

① **履歴書**（様式２）
※上半身写真（縦４×横３cm、無帽、正面向き、３か月以内に撮影したもの）を貼付してください。

② **医師免許証又は歯科医師免許証の写し**（Ａ４サイズに縮小し、白黒で印刷すること）
※当院で臨床研修を修了見込みの方は提出不要です。