平成　　年　　月　　日

関西労災病院病院長　殿

３㎝×４㎝
３ヶ月以内に撮影した
正面上半身脱帽の写真
（写真票と同じもので
裏面に氏名を記入のこと）

関西労災病院専門医プログラム応募申請書

関西労災病院専門医プログラムに所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願いします。

願出者	現　住　所	〒（　　－　　） TEL　　－　　－ 携帯　　－　　－
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
	（ふりがな） 氏　　名 生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　　男　・　女
	住所等連絡先 （帰省先・実家等）	〒（　　－　　） TEL　　－　　－
	出身大学 及び 卒業年次	大学医学部　　平成　　年卒
	初期研修 病 院 名	
	医師免許証	平成　　年　　月　　日取得　　第　　号

志 望 診 療 科	（領域）	（Subspeciality）