**ＦＡＸ　045－701－3536**

**横浜市立大学産婦人科　医局長　今井　雄一　宛**

**メールアドレス　you11sep@yokohama-cu.ac.jp**

**2023(令和5)年度**

**横浜市立大学産婦人科専門医研修プログラム**

**応募申請書**

**ﾌﾘｶﾞﾅ**

**■氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳）**

**■生年月日：西暦　　　　　年　　　　月　　　　日**

**■出身高校の都道府県名：**

**■卒業大学：　　　　　　　　　大学（西暦　　　年卒）**

**■現在の勤務先：　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　科**

**■医師免許証：西暦　　　　年　　月　　日取得　第　　　　　号**

**■連絡先**

**ＴＥＬ：**

**メールアドレス：**

**■横浜市立大学附属病院産婦人科**

**研修　または　見学　（どちらかに○）**

**有　　　　無**

**■横浜市立大学附属市民総合医療センター**

**母子医療センター　または　婦人科**

**研修　または　見学　（どちらかに○）**

**有　　　　無**

**希望の専門医研修プログラム**

**（事前に医局長に連絡の上、いずれかに○）**

1. **横浜市立大学附属病院産婦人科研修プログラム**
2. **横浜市立大学附属市民総合医療センター産婦人科研修プログラム**
3. **未定**