**ＦＡＸ　045－701－3536**

**横浜市立大学産婦人科　医局長　永井　康一　宛**

**2025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）**

**地域枠など卒業後の働き方に制限があれば勤務地を配慮いたします。**

**制限の有無について（どちらかに○）　無　　有（詳細：　　　　　　）**

**■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　(事前にご相談いただけますと幸いです)**

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. **どちらでもよい**