

平成30年度 群馬大学医学部附属病院 後期専門研修説明会 申込書

希望者は太枠内をご記入のうえ、以下お申込み先まで送付ください。

申込締切日：平成29年7月26日（水）

ふりがな	
氏名	
出身大学名	大学 医学部
医師免許取得後年数	医師免許取得後 年目
初期臨床研修病院名 (プログラム名)	
研修年数	初期臨床研修 年目
後期研修病院名 ※初期臨床研修を終了して いる方はご記入ください。	
説明希望の診療科	
知りたい情報等	
連絡先	現住所：〒
	Tel :
	Fax :
	E-mail : (必須)

お申込み・お問い合わせ先
群馬大学医学部附属病院 臨床研修センター事務局
E-mail : c-center@ml.gunma-u.ac.jp
Fax : 027-220-7808

※ E-mail または Fax でお申込みください。