**令和３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：令和２年８月１２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 |  |
| 参加方法（今のところどちらかを希望するかを○で囲む） | ・会場（刀城会館）　　　　　・Ｗｅｂ |
| 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。**