**令和４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**。

**申込締切日：令和３年７月２１日（水）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 初期研修年数 |
| 氏　　　名 |  | 　　　年目 |
| 出身大学名 | 大学　医学部 |
| 初期臨床研修病院名 |  |
| 連　　絡　　先 | 現住所：〒 |
| Tel： |
| E-mail：（必須） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 参加方法 | どちらかに○印↓ | 時　間 | 説明を希望する、または興味がある診療科名（下表を参照して記入してください） |
|  | 会場（刀城会館） |  | 13：45～15：40 | （希望する診療科を複数選択可） |
|  | オンライン |  | 前半 13：45～14：35 | （最大３つの診療科まで選択可） |
| 後半 14：50～15：40 | （最大３つの診療科まで選択可） |

○会場参加の場合は、下表の**皮膚科を除く**すべての診療科の選択が可です。

○オンライン参加の場合、下表の★印のついた診療科は事前の申込みが必須（上の表に説明希望の記載がない場合の当日参加は不可）となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会場 | オンライン前半 | ★外科診療センター　泌尿器科　★精神科神経科　★皮膚科脳神経外科　産科婦人科　検査部　★麻酔科蘇生科・集中治療部　★病理部　★リハビリテーション部 |
| オンライン後半 | 循環器内科　呼吸器アレルギー内科　消化器肝臓内科内分泌糖尿病内科　★腎臓リウマチ内科　★血液内科　脳神経内科　整形外科　★眼科　★耳鼻咽喉科　★放射線科　核医学科　★小児科　★救急部門　★総合診療部門 |

○説明会で知りたい情報などをご記入ください。

**＜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。**