

研修登録医希望者調書

ふりがな 氏名		⑩ 男・女	年	月	日生（ 歳）
開業勤務別	開業医・勤務医	施設名			
住所	自宅 〒	電話（ ）	—		
	勤務先 〒	電話（ ）	—		
医籍登録番号 第	号	医（歯）師免許取得年月	昭和	年	月
			平成		
郡市医師会	会員（医師会名		）	・非会員	
北海道医師会	会員（入会年月	年	月）	・非会員	
1. 希望研修機関 北海道大学病院・旭川医科大学病院					
2. 希望診療科					
3. 指導教員名					
3. 希望研修期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 （ ヶ月）					
4. 希望する研修内容（紹介患者の有無を含む）					
5. 研修希望者の略歴及び研修・研究歴（裏面に記載して下さい）					
上記により、研修登録医を受け入れることについて、承諾します。					
平成 年 月 日					
診療科長名 ⑩					
北海道大学病院長 殿					

（註）研修登録医を希望される場合は、診療科長の承諾を得て、お出しいただくことが必要となります。

年 号	月	日	学 歴	職 歴	研修・研究歴（各別にまとめて書く）

（註） 1. 学歴には最終学歴を記載して下さい。  
 2. 職歴には診療科及び地位を明記して下さい