|  |
| --- |
| **大阪大学医学部附属病院****救急科専門研修プログラム申込書****2017年度（平成29年度）** |

**申込書はe-mailにて****qq-kenshu@hp-emerg.med.osaka-u.ac.jp** **までお送りください。**

**申し込み受付：2016年9月1日（木）～2017年2月3日（金）**

|  |
| --- |
| **＜申込者＞** |
| **氏　　名** |  |
| **ふりがな** |  |
| **生年月日** |  |
| **＜現勤務先＞** |
| **施設名称** |  |
| **所属部署・身分** |  |
| **郵便番号** |  |
| **住　　所** |  |
| **電話番号** |  |
| **＜自　宅＞** |
| **郵便番号** |  |
| **住　　所** |  |
| **電話番号** |  |
| **携帯電話番号** |  |
| **E-mail アドレス** |  |
|  |
| **面接希望日****（複数選択可）** | □　第1回　2016年10月1日（土）　午前10時～□　第2回　2016年11月5日（土）　午前10時～□　第3回　2016年12月3日（土）　午前10時～□　第4回　2017年2月4日（土）　午前10時～ |
| **注意事項** | * 面接時には、①履歴書、②医師免許証番号と医師免許取得年月日が必要です（番号と取得日があれば証書実物は不要です）。
 |

**＜お問合せ先＞**　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘2-15

電話：06-6879-5707、FAX：06-6879-5720

E-mail：qq-kenshu@hp-emerg.med.osaka-u.ac.jp

担当：小倉　裕司、吉矢　和久