20@@年　@月　@日

**記載例**

**神戸大学小児科専門研修プログラム参加申込書**

ふりがな　　　だいがく　たろう

お名前　　 大学　太郎

生年月日　（西暦）1988　年 5　月 1　日（　31　歳）

性別　　■男　　□女

卒業大学　 〇〇大学

卒業年　（西暦）　2013 　年　　3　月卒

ご所属

勤務先名　 〇〇〇病院　 　 　初期研修プログラム

 勤務先住所 〒000-0000

 　〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

 TEL （　XXX　）XXX‐XXXX

 FAX （　XXX　）XXX‐XXXX

 E-mail 　kobe123@med.kobe-u.ac.jp

 ご自宅住所 〒000-0000

 　〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇-〇

 TEL （　000　）000‐0000

 FAX （　000　）000‐0000

 E-mail 　kobe123@gmail.com

※書類送付先 ■勤務先 □ご自宅

|  |  |
| --- | --- |
| 承認日 | 承認 |
|  | 印 |