臨床研修医短期海外派遣事業（2025年春期）

**岩手県臨床研修医短期海外研修 参加申込書**

提出締切：2024年11月15日（金）必着

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  １．氏　　　名 |  | | | | | 性別 |
|  | | | | |  |
| ２．生年月日・年齢 | 平成 年　（西暦 年） 月 日（ 歳） | | | | | |
| ３．所属病院名 |  | | | | | |
| ４．現在の身分及び 将来志望する診療科 | 初期臨床研修医　（　　）年目 | | | | | |
| （ ）科希望 | | | | | |
| ５．住所および連絡先 ※ 必ず連絡が取れるメールアドレスを記載してください。なお、参加決定後の各種事務連絡はメールで行うことから募集要項13（2）に示すメールアドレスを記入してください。 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| メール |  | | | | |
| ６． 英語能力 【必須】 ※ 成績を証明できる資料の写しを添付し右欄にスコア等を記載してください。 | TOEFL TOEIC 英検等 |  | | | | |
| ※自身の英語能力を証明できるものがない場合は、こちらに記載してください。  例）米国に６ヶ月間滞在したことがあり英語での日常会話に不自由はない、など | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ７．参加希望理由  ・参加を希望する理由や、見学を希望する診療科等を記載してください。 ・将来、岩手県の医療にどのように貢献したいか、併せて記載してください。 |  | | | | | |
| ８．研修希望診療科 ・研修を希望する診療科に第１希望  ～第３希望まで数字を入れてください（希望の診療科を米国日本人医師  会と調整しますが、ご希望に添えない場合があります）。 | （ ）循環器科 | | （ ）消化器科 | （ ）内分泌・糖尿病 | （ ）総合内科 | |
| （ ）脳外科 | | （ ）心臓外科 | （ ）一般外科 | （ ）口腔外科 | |
| （ ）小児科 | | （ ）産婦人科 | （ ）眼科 |  | |

※ 岩手医科大学による選考となりますのでご了承ください。

※ この申込書の情報は「岩手県臨床研修医短期海外研修」に係る選考および研修準備のために利用します。

◆申し込み・問合せ先◆ 岩手医科大学　研修センター事務室　小澤

〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目１番１号

電話：019-907-7764　メール：resident@j.iwate-med.ac.jp