

# 神戸大学眼科専門研修プログラム志向届

神戸大学眼科専門研修プログラム統括責任者 中村 誠 殿

フリガナ 氏名	性別 男・女
生年月日	年 月 日
現住所 〒	—
電話/携帯	
E-mail	
緊急時の連絡先	上記以外にある場合は記載
出身大学	
医籍登録番号	
卒後臨床研修病院 (初期研修病院)	病院 期間( 年 月 日～ 年 月 日)
備考	

私は、神戸大学眼科研修プログラムを志向いたします。

令和 年 月 日

氏名(自署)

---

\*この届は神戸大学眼科専門研修プログラム応募を希望することを示すものです。

\*日本専門医機構への専攻医登録は募集期間にあらためて行ってください。

\*採否は面接等の手続きを経て決定します。

また、志向は個人の自由意思により取り下げることができます。