|  |
| --- |
| **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****2021年度（令和3年度）** |

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

|  |
| --- |
| **＜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** |  |
| **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：hisho@hp-emerg.med.osaka-u.ac.jp

担当：小倉　裕司