

( 初期 ・ 専門医 )

徳島初期・専門医研修データベース登録申請書

年 月 日

徳島県地域医療支援センター長 殿

申請者氏名



(原則としてプログラム基幹型病院の病院長をお願いします)

下記の者の研修について、徳島初期・専門医研修データベースへの登録を申請します。

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	出身都道府県			
携帯番号		メールアドレス			
卒業大学	大学 ( 年 月卒業)				
医籍登録年月日	年 月 日 (第 号)				
奨学金等	無 ・ 徳島県地域特別枠 ・ 徳島県地域枠 その他 ( )				
初期臨床研修	基幹型病院 (該当病院名等を囲んで下さい)	徳島大学病院 徳島県立中央病院 徳島市民病院 徳島赤十字病院 徳島県鳴門病院 吉野川医療センター 阿南医療センター 徳島健生病院 徳島県立三好病院 田岡病院 その他 ( 病院)			
	プログラム名		指導責任者名		
	初期臨床研修期間	開始	年 月 日	修了(予定)	年 月 日
※初期専門医研修は記入不要	基幹病院 (該当病院名等を囲んで下さい)	徳島大学病院 徳島県立中央病院 徳島市民病院 徳島赤十字病院 徳島健生病院 つるぎ町立半田病院 徳島県立海部病院 むつみホスピタル 海陽町国民健康保険海南病院 TAOKA こころの医療センター 徳島県地域医療支援センター その他 ( 病院)			
	プログラム名		プログラム等責任者名		
	専門医研修期間	開始	年 月 日		
現在の勤務先		診療科		職名	
勤務先住所	〒 TEL ( ) -				
取得を目指す専門医	※未定の場合は空欄で結構です				
医学博士の有無	有 ・ 無				
大学院	希望する ( 年 月入学予定) ・ 希望しない 在学中 ( 年 月入学)				
備考			プログラム等指導責任者承諾印 ※署名可		

裏面もご記入ください

【専門医・認定医等資格取得状況】

取得年・月	認定医・専門医等名称

【専門医研修履歴】

年・月・日	研修（勤務）先名称（医療機関名・診療科名）

「徳島初期・専門医研修データベース登録申請書」に関する個人情報取扱いの同意について

本申請書に基づき、初期及び専門研修に係るデータベースシステムに登録いたします。

本申請書により、ご提供いただきました情報は、徳島県内における医師のキャリア形成システムの改善のために使用します。

また、初期・専門研修中の方におかれまして、医局ローテーション等で 徳島県外で出られる場合も専門医を取得されるまでは調査の対象となりますことを申し添えます。

なお、本申請書に基づき、登録されるデータは、個人の名前が特定される形で、他の医療機関を含め外部に公開されることはありません。

以上、「徳島初期・専門医研修データベース登録申請書」に関する個人情報の取扱いについて同意します。

同意年月日                      年           月           日

氏名

(直筆サイン)