

研 修 受 講 願 書

アレルギー疾患医療中心拠点病院事務局 殿
アレルギー研修 の受講を希望いたします。

年 月 日

ふりがな				生 年 月 日	年齢	性別
氏 名				年 月 日	歳	
所属機関名 部署名						
所属先住所 (連絡先・Tel)	〒					
	所属先電話番号			携帯電話番号		
mail address	※事務局と連絡可能なアドレスをご記入ください。					
医師経験年数	年	専門分野				

■受講希望日程

	希望欄	日 程					<p style="text-align: center;">《注意事項》</p> <p>*ア【相模原病院】を希望される方は「成人」、「小児」のいずれかに○をお願い致します。 ※成育医療研究センターご希望の方は記載は不要です。</p> <p>*第1希望から第3希望迄ご記載ください。 (記載方法) 第一希望「1」、第2希望「2」、第3希望「3」をスケジュール左の希望欄へご記載ください。</p> <p>*日程を調整後、各施設よりご連絡致します。</p> <p>*ご希望に添えない場合もございます。 予めご了承いただきますようお願い致します。</p>
	相模原病院 1週間コース						
<p>ア【相模原病院】 総合アレルギー研修 参加日程(予定)</p> <p>[成人 ・ 小児]</p> <p>ご希望のカリキュラムに ○をお願い致します。</p>		①	5/20 (月) ~ 5/24 (金)				
		②	7/29 (月) ~ 8/2 (金)				
		③	9/9 (月) ~ 9/13 (金)				
		④	12/2 (月) ~ 12/6 (金)				
		⑤	2025年 2/17 (月) ~ 2025年 2/21 (金)				
		⑥	2025年 3/10 (月) ~ 2025年 3/14 (金)				
相模原病院 2週間コース							
<p>イ【成育医療研究センター】 小児アレルギー研修 参加日程(予定)</p>		⑦	6/10 (月) ~ 6/21 (金)	2週間			
		⑧	7/1 (月) ~ 7/12 (金)	2週間			
		⑨	7/22 (月) ~ 8/2 (金)	2週間			
		⑩	8/19 (月) ~ 8/23 (金)	1週間			
		⑪	9/2 (月) ~ 9/6 (金)	1週間			
		⑫	9/30 (月) ~ 10/4 (金)	1週間			
		⑬	11/11 (月) ~ 11/22 (金)	2週間			
		⑭	11/25 (月) ~ 11/29 (金)	1週間			
		⑮	12/9 (月) ~ 12/20 (金)	2週間			
		⑯	2025年 1/20 (月) ~ 2025年 1/24 (金)	1週間			
	予備	2025年 3/3 (月) ~ 3/14 (金) (予備日程となります)	未定				

病院宿舎の利用希望(いずれかに○)	あり ・ なし
-------------------	---------

応募理由	
要望など	