

|                                                                 |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------|--|-----|--|------|--|-----------------|--|------------------------------------------------------|--|------------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------|--|--------|--|
| 国立研究開発法人国立がん研究センター 中央病院                                         |  |             |  |     |  |      |  |                 |  | 写真<br>(縦 4cm× 横 3cm)<br>正面上半身<br>無帽、無背景<br>6 か月以内に撮影 |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 年度 フェロー（旧レジデント）3 年・2 年コース 願書                                    |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| ふりがな                                                            |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 氏名                                                              |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 生年月日                                                            |  | 年 月 日 （ 歳 ） |  |     |  | 性別   |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 連絡先                                                             |  | 現住所         |  | 〒   |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
|                                                                 |  | 電話番号        |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
|                                                                 |  | Email       |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 志望コース ※いずれか 1 つを○で囲んでください                                       |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| ・ 外科総合コース応募者の方は、重点を置く診療科を【乳腺・呼吸器・食道・胃・大腸・肝胆膵】から 1 つ選択し、記載してください |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| ・ 2 年コース応募者のうち、4 月以外の研修開始希望する場合は開始月を記載してください【 月開始】              |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |
| 外科総合                                                            |  | 3 年         |  | 【   |  |      |  | 消化管・胆膵内視鏡エキスパート |  | —                                                    |  | 2 年              |  | —   |  | —   |  |     |  |        |  |        |  |
| 内科総合                                                            |  | 3 年         |  | —   |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 内視鏡科（呼吸器）        |  | —   |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | 高度 4 年 |  |
| 血液・腫瘍内科総合                                                       |  | 3 年         |  | —   |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 肝胆膵外科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | 高度 5 年 |  | 高度 4 年 |  |
| 消化器内科総合                                                         |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 肝胆膵内科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 頭頸部がん総合                                                         |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 泌尿器・後腹膜腫瘍科       |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 脳脊髄腫瘍科                                                          |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 婦人腫瘍科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 眼腫瘍科                                                            |  | —           |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 骨軟部腫瘍・リハビリテーション科 |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 頭頸部外科                                                           |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 皮膚腫瘍科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 頭頸部・食道内科                                                        |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 血液腫瘍科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 形成外科                                                            |  | —           |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 造血幹細胞移植科         |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 乳腺外科                                                            |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 小児腫瘍科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 腫瘍内科                                                            |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 総合腫瘍 |  | 腫瘍内科            |  | 治療開発                                                 |  | 歯科               |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 呼吸器外科                                                           |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 緩和医療科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 呼吸器内科                                                           |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 精神腫瘍科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 食道外科                                                            |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | 高度 5 年          |  | 高度 4 年                                               |  | 放射線診断科           |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 胃外科                                                             |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 放射線治療科           |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 大腸外科                                                            |  | 3 年         |  | 2 年 |  | —    |  | —               |  | —                                                    |  | 病理診断科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| 消化管内科                                                           |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 先端医療科            |  | 3 年 |  | 2 年 |  | 連携大 |  | —      |  | —      |  |
| 内視鏡科（消化管）                                                       |  | 3 年         |  | 2 年 |  | 連携大  |  | —               |  | —                                                    |  | 臨床研究支援部門         |  | 3 年 |  | 2 年 |  | —   |  | —      |  | —      |  |
| フェロー志望理由およびコース志望理由                                              |  |             |  |     |  |      |  |                 |  |                                                      |  |                  |  |     |  |     |  |     |  |        |  |        |  |

（記載要領）性別欄は任意記載とする。西暦を使用すること。行の追加など、書式の改変はしないこと。

|                                                                                                                                     |                                                                |  |                |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| 学歴                                                                                                                                  | 期間                                                             |  |                | 高等学校以降     |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 大学入学時・在学時の地域枠利用                                                |  |                |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（従事要件・義務年限 <input type="checkbox"/> 修了または修了見込み <input type="checkbox"/> 未修了） |                                                                |  |                |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
| 研修歴<br>勤務歴                                                                                                                          | 期間                                                             |  |                | 施設名        |  | 診療科                                                                |  | 指導者            |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月 ～                                                          |  | 年 月            |            |  |                                                                    |  |                |  |  |
| 医師免許                                                                                                                                | 医籍登録                                                           |  |                | 年 月 日      |  | 第                                                                  |  | 号              |  |  |
| 資格                                                                                                                                  | 取得日                                                            |  | 専門医、認定医等（見込も可） |            |  | 取得日                                                                |  | 専門医、認定医等（見込も可） |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月                                                            |  |                |            |  | 年 月                                                                |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月                                                            |  |                |            |  | 年 月                                                                |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月                                                            |  |                |            |  | 年 月                                                                |  |                |  |  |
|                                                                                                                                     | 年 月                                                            |  |                |            |  | 年 月                                                                |  |                |  |  |
| 緩和ケア<br>研修会                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講      |  |                | 宿舎         |  | <input type="checkbox"/> 利用希望（単身用） <input type="checkbox"/> 利用希望なし |  |                |  |  |
| 健康状態<br>既往歴                                                                                                                         |                                                                |  |                | 趣味<br>スポーツ |  |                                                                    |  |                |  |  |
| 賞罰                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（内容） |  |                |            |  |                                                                    |  |                |  |  |

年 月 日 作成