

# 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		
	相模原病院 1週間コース				
<b>ア【相模原病院】</b> 総合アレルギー研修 参加日程(予定)  [ 成人 ・ 小児 ]  ご希望のカリキュラムに ○をお願い致します。	①	6/23 (月)	～ 6/27 (金)	<b>《注意事項》</b>  *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。  *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。  *日程を調整後、各施設よりご連絡致します。  *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。	
	②	7/14 (月)	～ 7/18 (金)		
	③	8/4 (月)	～ 8/8 (金)		
	④	8/18 (月)	～ 8/22 (金)		
	⑤	11/10 (月)	～ 11/14 (金)		
	相模原病院 2週間コース				
	⑥	5/19 (月)	～ 5/30 (金)		
	⑦	9/1 (月)	～ 9/12 (金)		
	⑧	12/1 (月)	～ 12/12 (金)		
	<b>イ【成育医療研究センター】</b> 小児アレルギー研修 参加日程(予定)	成育医療研究センター 1週間コース			
①		7/14 (月)	～ 7/18 (金)		
②		7/28 (月)	～ 8/1 (金)		
③		12/1 (月)	～ 12/5 (金)		
④		2026年 1/19 (月)	～ 1/23 (金)		
⑤		2026年 2/2 (月)	～ 2/6 (金)		
成育医療研究センター 2週間コース					
⑥		6/30 (月)	～ 7/11 (金)		
⑦		8/18 (月)	～ 8/29 (金)		
⑧		9/1 (月)	～ 9/12 (金)		
⑨	11/10 (月)	～ 11/21 (金)			
⑩	12/15 (月)	～ 12/26 (金)			
予備	2026年 3/2 (月)	～ 3/13 (金)	(予備日程となります)		

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	