

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					<<注意事項>> ＊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。
		相模原病院 1週間研修					
ア【相模原病院】 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	5/25	(月)	～	5/29	(金)	
	②	6/1	(月)	～	6/5	(金)	
	③	7/6	(月)	～	7/10	(金)	
	④	7/13	(月)	～	7/17	(金)	
	⑤	7/27	(月)	～	7/31	(金)	
	⑥	9/14	(月)	～	9/18	(金)	
	⑦	9/28	(月)	～	10/2	(金)	
	⑧	10/5	(月)	～	10/9	(金)	
	⑨	10/26	(月)	～	10/30	(金)	
	⑩	12/7	(月)	～	12/11	(金)	
	⑪	12/14	(月)	～	12/18	(金)	
	⑫	2027年 2/1	(月)	～	2/5	(金)	
	⑬	2027年 2/15	(月)	～	2/19	(金)	
	⑭	2027年 3/8	(月)	～	3/12	(金)	
相模原病院 2週間研修							
	①	5/11	(月)	～	5/22	(金)	
	②	6/22	(月)	～	7/3	(金)	
	③	8/17	(月)	～	8/28	(金)	
	④	8/31	(月)	～	9/11	(金)	
	⑤	2027年 1/18	(月)	～	1/29	(金)	
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)	成育医療研究センター 1週間研修						
	①	7/13	(月)	～	7/17	(金)	
	②	7/27	(月)	～	7/31	(金)	
	③	12/14	(月)	～	12/18	(金)	
	④	2027年 1/25	(月)	～	1/29	(金)	
	⑤	2027年 2/1	(月)	～	2/5	(金)	
	成育医療研究センター 2週間研修						
		①	6/29	(月)	～	7/10	(金)
		②	8/17	(月)	～	8/28	(金)
		③	9/7	(月)	～	9/18	(金)
		④	9/28	(月)	～	10/9	(金)
	⑤	11/9	(月)	～	11/20	(金)	
	予備	2027年 3/1	(月)	～	3/12	(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	