

鹿児島県小児科専攻医研修プログラム申込書

20 年 月 日

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日
自宅住所	〒 -		
電話番号			
アドレス	@		
希望			
備考			

不明な点は下記まで連絡ください。

連絡先：ken-kanri@m.kufm.kagoshima-u.ac.jp

または kisamaya@m.kufm.kagoshima-u.ac.jp 小児科医局長 山崎雄一