

日仏整形外科学会交換研修申請書

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_ 年令 \_\_\_\_ 歳

仏文 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FAX \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-mail\_Address \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

研修を希望する専門領域 \_\_\_\_\_

研修を希望するフランス側の機関（病院）があればお書き下さい。

希望する滞在期間 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

（本年度は4月以降から研修開始とする）

会話可能な外国語（○印をつける）

\*フランス語 \*英語 \*その他（ \_\_\_\_\_ ）

家族について（○印をつける）

同伴する 同伴しない

配偶者も医療関係者の方はその職種を書いてください

過去に本学会の交換研修に応募歴がある方は、何年に面接を受けたかお書き下さい。 \_\_\_\_ 年

上記の如く日仏整形外科学会交換研修を希望し応募いたします。

年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印