文部科学省・課題解決型高度医療人材養成プログラム

北陸高度アレルギー専門医療人育成プラン（アレプロ）

**履　修　申　請　書**

令和　　年　　月　　日

□福井大学大学院医学系研究科長

□金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長

□富山大学大学院医学薬学教育部長

北陸高度アレルギー専門医療人育成プラン　教育コースの履修を希望し、次のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する  教育コース | □　アレルギー専門医リーダー養成コース（福井大学インテンシブコース）  □　地域アレルギー専門医療人養成コース（福井大学インテンシブコース）  □　アレルギー研究者育成コース（福井大学本科コース）  □　総合アレルギー専門医育成コース（金沢大学本科コース）  □　地域アレルギースペシャリスト養成コース（富山大学インテンシブコース）  □ エコチル調査アレルギースペシャリスト養成コース（富山大学インテンシブコース）  ※本科コースの履修開始は、4月又は10月です |
| ・印 | ㊞ |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生（　　　　　才　　　男　／　女） |
| 現住所 | （〒　　　　－　　　　） |
| 電話番号  電子メール | ＿　　　　　　　　＿  ［ＰＣ］　　　　　　　　　　　　＠  　　　　　　　　　　　　　　　　＠  ※ＰＣからのメールを受信できるアドレスを記載してください。 |
| 学歴  （大学等卒業以降） | 年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　卒業　　　□　卒業見込み  　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　卒業  　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　大学院在学中（学籍番号：　　　　　　　）  ※学籍番号は金沢大学・富山大学・福井大学の方のみ |
| 勤務先情報 | （勤務先名）  （所属部署）  （職名） |
| 勤務先等住所  電話番号 | （〒　　　　－　　　　）  　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| 免許  （登録番号を含む） | □　医師免許　医籍登録：第　　　　　　号  □　看護師免許  昭和・平成・令和　　　年　　月　　日　　□　薬剤師免許  □　臨床検査技師  □　その他  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号：　　　第　　　　　　　　号 |
| 資格  ＊指定医・専門医等  （登録番号を含む） |  |
| 職歴  ＊年次，勤務先，職種等 | （例）平成２５年４月１日～　現在　福井大学附属病院　研修医  年　　　　月　　　日～  年　　　　月　　　日～  年　　　　月　　　日～  年　　　　月　　　日～ |
| 業績  （公表論文，研究報告） |  |
| この講座のことを何でお知りになりましたか？ | □　アレプロ・教育コース履修者募集要項や案内のチラシを見て  □　アレプロのホームページを見て  □　学会やセミナー等を聴講して  □　職場の上司や同僚に勧められて  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

［申請書作成要領］

１．所定の様式で作成すること。（複数頁にわたっても結構です。）

２．氏名は戸籍に記載された字体により記入すること。

３．該当する□欄にチェックを付けてください。

４．提出は、ご希望の大学までご郵送は又はご持参ください。

●福井大学　〒910-1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23番3号 　アレプロ福井事務局Tel. 0776-61-8186

●金沢大学　〒920-8640　石川県金沢市宝町13番1号

金沢大学医薬保健系事務部学生課医学大学院係　アレプロ運営事務局Tel. 076-265-2886

●富山大学　〒930-0194　富山県富山市杉谷2630番地

富山大学病院事務部病院総務課　アレプロ運営事務局Tel. 076-434-7109