

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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> アレルギー研究者育成コース（福井大学本科コース） <input type="checkbox"/> 総合アレルギー専門医育成コース（金沢大学本科コース） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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
ふり かな 氏 名・印	⑩
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	— — [ P C ] @ @ ※ P C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 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み 年 月 <input type="checkbox"/> 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)	昭和・平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師免許 医籍登録：第 号 <input type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 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 2 5 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?	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> アレプロのホームページを見て <input type="checkbox"/> 学会やセミナー等を聴講して <input type="checkbox"/> 職場の上司や同僚に勧められて <input type="checkbox"/> 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