

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 がな 氏 名・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	— — [ 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

