

2019 年度
第 1 回 JACS フェローシップ アジア病院見学 申請書

申請日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

	姓	名
フリガナ		
氏 名		
ローマ字		

生年月日	西暦	年	月	日
勤務先名				
診療科名				
勤務先住所	〒			
E-mail				
呼吸器外科専門医取得年月日	西暦	年	月	日
英語資格 (参考)	TOEFL	点	/	TOEIC
	IELTS	点	/	英検
	その他			
海外留学・研修 (参考)	西暦	年	月	日
	海外留学先・研修先名			
	()			
最終学歴		大学	西暦	年 月卒業

*以下の書類を学会事務局に送付

- 1) 本申請書
- 2) 帰国後、単孔式 VATS を開始できる環境にあることの修練責任者の承諾書 (書式は任意)

*書類送付先

〒604-0835 京都市中京区御池通高倉西入高宮町 200 千代田生命京都御池ビル 3F
特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会 国際委員会宛