

(院外応募者用)

専攻医申込書

平成 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

氏名 _____ 印 _____

私は、貴院において平成 年 月からの専門研修を希望するので、下記のとおり申込みいたします。

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	(〒 -)		
実家住所	(〒 -)		
出身大学	大学 (平成 年 月卒)		
初期研修施設	施設名:		
研修希望プログラム	希望するプログラムひとつに○	<ul style="list-style-type: none">・ () 内科 専門研修プログラム →志望するサブスペシャリティ診療科 _____ 科・ () 外科 専門研修プログラム →志望するサブスペシャリティ診療科 _____ 科・ () 産婦人科 専門研修プログラム・ () 整形外科 専門研修プログラム・ () 放射線科 専門研修プログラム・ () 救急科 専門研修プログラム・ () 麻酔科 専門研修プログラム・ () 総合診療科 専門研修プログラム	
奨学金受給の有無	無・有 (種類: _____ H31.3末時点での残義務年数: _____ 年)		
面接希望日	希望日に ○→ () 平成30年10月9日 (火) () 平成30年10月15日 (月)		
備考			