

(院外応募者用)

レジデント(後期臨床研修医) 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 月からの後期臨床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			
氏名			性別 男・女
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:		
現在の勤務先	施設名: _____ _____ 科医師		
研修希望コース	※1つに○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 専門医1年コース <input type="checkbox"/> 専門医5年コース <input type="checkbox"/> 総合外科医コース(3年) <input type="checkbox"/> 総合診療医コース(3年) <input type="checkbox"/> 総合診療医コース(5年) <input type="checkbox"/> Strokeレジデントコース(1年又は2年)	
希望診療科	科		
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)		
面接日	※希望日に○→	<input type="checkbox"/> 平成30年12月11日(火) <input type="checkbox"/> 平成30年12月13日(木)	
備考			