

(院外応募者用)

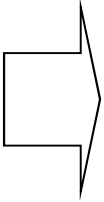
レジデント(後期臨床研修医)申込書

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		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:		
現在の勤務先	施設名: ・ _____ 年次研修医 ・ _____ 科医師		
研修希望コース	※一つに○をつけて下さい  <ul style="list-style-type: none">・ 1年間コース・ 専門医コース(5年)・ 総合外科医コース(3年)・ 総合診療医コース(5年)		
希望診療科	科		
面接希望日	平成26年12月1日(月)・2日(火) ※何れかに○のこと		
備考			