

(院外応募者用)

専攻医申込書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長様

氏名

印

私は、貴院プログラムにおいて令和8年4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			
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・令和 年 月 卒)		
臨床研修施設	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・()救急科 専門研修プログラム・()麻酔科 専門研修プログラム	
奨学金受給の有無	無・有 (種類: _____) R8.3末時点での残義務年数: 年)		
面接希望日	<input type="checkbox"/> 令和7年12月15日(月) <input type="checkbox"/> 令和7年12月17日(水) <input type="checkbox"/> どちらの日程でも受験可能		
備考			