

(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: _____ _____ 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: _____ H30.3末時点での残義務年数: _____ 年)			
面接日	※希望日に○→	<input type="checkbox"/> 平成29年12月4日(月) <input type="checkbox"/> 平成29年12月5日(火)		
備考				