

2019年度 臨床研修医申込書

佐野厚生総合病院

院長 村上 円人 殿

副院長/研修センター長 岡村 幸重 殿

私は下記のとおり、貴院における研修を希望します。

2018年 月 日

氏 名

㊞

ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	平成・昭和 年 月 日生 ( 歳 )	
現 住 所	〒 - TEL メールアドレス	
上 記 以 外 の 連 絡 先	〒 - TEL メールアドレス	
卒 業 ( 予 定 ) 大 学 名	卒業(予定)年月 年 月	
将来専攻を考えている診療科		
必修選択科名並びに 選択科名及び〈期間〉	① 科〈 〉 ② 科〈 〉 ③ 科〈 〉 ④ 科〈 〉 ⑤ 科〈 〉 ⑥ 科〈 〉 ※ ひとりひとりの研修医の希望に沿った、よりよい指導準備のために事前にいただく参考情報です。あくまで参考なので、その後の変更は随時、何度でも可能です。いつでもご相談ください。	
医師寄宿(寮)の希望	有 ・ 無	有の場合(家族構成)
(1) 当院での研修を希望する理由		面接委員記入欄
(2) ローテーションを希望する選択科を選んだ理由		
面接希望日 2018年	<input type="checkbox"/> 7月7日(土) <input type="checkbox"/> 7月21日(土) <input type="checkbox"/> 8月4日(土) <input type="checkbox"/> 9月1日(土) <input type="checkbox"/> 上記以外    ※希望日をチェックしてください	

※(メールアドレス)は必須記載項目ではありません