

## 臨床研修申込書（2024年4月入職希望者）

佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院

病院長 村上 円人 殿

副院長/臨床研修指導責任者 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。

年	月	日	氏名			印
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(複数回答可)						
ローテート希望の 診療科	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の参考情報です。 あくまで参考なので、現時点で関心を持つ診療科をご記入ください。 (実際のローテートは入職時に決めます)					
(1) 当院での研修を希望する理由	面接官記入欄					
(2) ローテーションを希望する選択科を選んだ理由						