

平成 29 年度大崎市民病院初期臨床研修申込書

平成 年 月 日

大崎市民病院
院長 並木 健二 様

氏 名 印

大崎市民病院研修プログラムによる初期臨床研修を希望いたしますので、所定の書類を添えて申し込みたいと思います。

| | |
|--|---|
| フリガナ | |
| 氏 名 | (男 ・ 女) |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 (才) |
| 現 住 所 | 〒 - TEL () - |
| 受験票送付先 ※現住所以外の送付先を希望の場合のみご記入ください。 | 〒 - TEL () - |
| 出身大学 | 大学 平成 年 月 日 卒業見込 |
| 希望プログラム ※複数のプログラムにご応募される場合、第2希望・第3希望をご記入ください。 | 大崎市民病院 臨床研修プログラム A 内 科 専 攻 コ ー ス : 第 () 希 望 B サブスペシャルティコース : 第 () 希 望 C 外 科 専 攻 コ ー ス : 第 () 希 望 ※お申し込みをするプログラムの希望順位を () にご記入ください。 <u>3プログラムまでお申し込み (マッチング登録) ができます。</u> |
| 希望選考日 ※希望する日にチェックを付けてください。 | <input type="checkbox"/> 1回目 平成 28 年 8 月 13 日 (土) <input type="checkbox"/> 2回目 平成 28 年 8 月 27 日 (土) <input type="checkbox"/> 3回目 平成 28 年 9 月 17 日 (土) <input type="checkbox"/> その他 (上記日程でご都合が合わない場合のみ) ※日程調整のうえ、ご連絡いたします。 |