令和 7 年度

（令和8年4月より研修開始）

臨 床 研 修 申 込 書

JA北海道厚生連 旭川厚生病院
院　長　光部 兼六郎　　殿

私は下記のとおり、貴院において研修を受けたいので申込いたします。

年　　月　　日

氏 名　　㊞

ふりがな 氏名		性別※	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）	出身都道府県市町村名	
現住所	〒 E-mail:	TEL 携帯	
上記以外の連絡先	〒 E-mail:	TEL 携帯	
卒業（見込）大学名		卒業（見込）年月 ：　　年　　月	
将来専攻したい診療科名			

※性別欄：記載は任意であり、未記載とすることも可能

当院での研修を希望した理由