令和　3 年度

（令和4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　森　達 也　　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