

初 期 臨 床 研 修 申 込 書

J A北海道厚生連 倶知安厚生病院
院長 九 津 見 圭 司 行

私は下記のとおり、貴院において初期臨床研修を受けたいので申込いたします。

ふりがな 氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）		
現 住 所	〒 TEL FAX		
上記以外の連絡先	〒 TEL FAX		
E-mailアドレス			
卒業(予定)大学名		卒業(予定)年月： 年 月	
地域枠・奨学金	勤務配置に制約（ 有 ・ 無 ）		
将来専攻したい診療科			
医 師 宿 舎 の 希 望	有 ・ 無	有の場合(家族構成)：	
【当院での研修を希望した理由】			

令和 年 月 日

氏 名 印