令和 6 年度

臨 床 研 修 申 込 書

西暦　　年　　月　　日

JA北海道厚生連　帯広厚生病院
院長　佐澤　陽　殿

下記の通り申し込みます。

ふりがな 氏　　名		男・女	配偶者 有・無
卒業(予定)大学名			
卒業(予定)年月	西暦　　年　　月		
医師宿舎の希望	有・無	有の場合(家族構成):	
出身地	都 道 府 県　　市 町 村		
特記事項	(地域枠等条件がある場合、ご記入ください)		

当院での研修を希望した理由