令和９年度

臨　床　研　修　申　込　書

JA北海道厚生連 札幌厚生病院
院 長　 本 間　 重 紀　 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みいたします。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

フ リ ガ ナ 氏　　名		性　　別 男・女	配 偶 者 有・無
生 年 月 日	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	
在籍している大学講座名又は病院診療科名			
将来専攻したい診療科名			
当院での研修を希望した理由			

面接委員記入欄