

初期臨床研修申込書（村上総合病院）

村上総合病院 病院長 林 達彦 様

私は、貴院での研修を希望し、下記により申込みを致します。

記入日： 年 月 日

| | | | |
|-----------|------------|--------|---|
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | ⑩ | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 男 ・ 女 | |
| 卒業(予定)大学 | 卒業(予定)年月 | 年 | 月 |
| ふりがな | | | |
| 現住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 (携帯) | | E-mail | |
| ふりがな | | | |
| 帰省先住所 | 〒 - | | |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 当院での研修を希望する理由 | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 研修終了後の進路として考えていること (専門医基本領域名等) | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 医師を志した動機とめ ざす医師像、将来のキ ャリアプラン等 | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

| | |
|----------|-----------------|
| 修学資金等の貸与 | 有 (名称：) ・ 無 |
| 宿舍の希望 | 有 (家族構成等：) ・ 無 |

※ご提供いただいた個人情報は、採用選考の目的以外には使用いたしません。また、採用者の個人情報は職員情報として引き続き管理し、その他の場合については採用業務の終了に伴い責任をもって適切に廃棄、消去するものとします。