

初期臨床研修申込書（村上総合病院）

村上総合病院 病院長 杉谷 想一 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

*希望する研修プログラムの欄に○をご記入下さい。複数ある場合は希望順位をご記入下さい。

プログラム名	たすき掛け先	希望
地域医療連携プログラム A (No.031523801)	なし ※村上総合病院で2年間研修	
	東京西徳洲会病院	
	八尾徳洲会総合病院	
	吹田徳洲会病院	
	松原徳洲会病院	
	岸和田徳洲会病院	
	北野病院	
	名古屋徳洲会病院	
地域医療連携プログラム B (No.031523802)	北野病院	
地域医療連携プログラム C (No.031523803)	一宮西病院	
地域医療連携プログラム D (No.031523804)	さいたま市民医療センター	

ふりがな	
氏名	

新潟県イノベータ臨床 研修コース受講希望	無 ・ 有	海外留学支援制度 利用希望	無 ・ 有
修学資金等の貸与	無 ・ 有 (名称：)		
宿舍の希望	無 ・ 有		

※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。

※個人情報を含む応募状況をたすき掛け先（協力型病院）と共有させて頂く場合がございます。予めご了承ください。また、当院で初期臨床研修医として採用になった場合は、ご提供いただいた個人情報は、研修先の協力型病院へ提供させていただきます。