

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（プログラムNo.）	希望
村上総合病院地域（へき地・離島）研修プログラム（No.031523901）	
村上総合病院たすき掛け研修プログラム A（No.031523902） 【たすき掛け先】 医学研究所北野病院	
村上総合病院たすき掛け研修プログラム B（No.031523903） 【たすき掛け先】 一宮西病院	
村上総合病院たすき掛け研修プログラム C（No.031523904） 【たすき掛け先】 さいたま市民医療センター	

ふりがな	
氏 名	（生年月日： 年 月 日）

新潟県イノベーター 臨床研修コース受講希望	無 ・ 有
修学資金等の貸与	無 ・ 有 （名称： ）
宿舎の希望	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。