

村上総合病院 総合診療専門研修プログラム申込書

村上総合病院 病院長 林達彦 殿

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。

年 月 日

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日生 (男・女)

3ヶ月以内に撮影した
正面上半身脱帽の
写真貼付

(3cm×4cm、裏面に
氏名を記入のこと)

希望研修期間	希望コースに「○」をご記入ください。 ① 3年(必修研修科のみの研修を希望する) ② 4年(選択診療科も含めた研修を希望する)		
※4年研修を希望した方 選択研修希望する診療科	希望診療科に「○」をご記入ください(複数回答可)。 ① 外科 ② 整形外科 ③ 脳神経外科 ④ 泌尿器科 ⑤産婦人科 ⑥ 眼科 ⑦ 麻酔科 ⑧ 放射線科		
現住所	〒	電話	
		携帯電話	
E-mail			
連絡先 (帰省先等)	〒	電話	
医籍登録年月日	年 月 日	医籍登録番号	号
初期研修病院名 (研修プログラム名)			
初期研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
学 歴			
年 月 日	高等学校 卒業		
年 月 日	入学		
年 月 日	卒業		
年 月 日	入学		
年 月 日	卒業		
職 歴			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

志望理由(具体的にご記入ください)

専攻医取得後の希望進路

* ご記入いただいたメールアドレス宛てに、日程等面接に関する連絡をさせていただきます。

* 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人をもって適切に廃棄、消去するものとします。