臨 床 研 修 申 込 書

佐渡総合病院
病院長　佐藤　賢治　様

私は貴院での研修を希望し、下記により申し込みを致します。

令和　　年　　月　　日

氏　名　　印

（ふりがな） 氏　　名		性別	男 女	配偶者	有 無
生 年 月 日	昭和 平成　　年　　月　　日生まれ（　　歳）				
現　住　所	〒 TEL				
上記以外の連絡先	〒 TEL				
卒業（予定）大学名		卒業（予定）年月	年　　月		
希望研修プログラム	第一希望 第二希望				
将来専攻を希望する診療科		イノベーター育成枠希望	有　・　無		
認定医専門医の取得希望					
地域枠の確認	①地域枠に該当　（　する　・　しない　） ②該当する場合、当院で研修するにあたり、問題がないことを確認していますか。　（　はい　・　いいえ　）				
医師宿舎の希望	有　・　無	有りの場合 （家族構成等）	駐車場希望	有　・　無	

＜当院での研修を希望し、専攻科を決めた理由＞	面接委員記入欄