

# 臨床研修申込書

柏崎総合医療センター  
病院長 相田 浩 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

(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 ( 歳)				
将来専攻を希望 する診療科					
認定医専門医の 取得希望					
医師宿舎の希望	有 無	有りの場合 (家族構成等)			
当院での研修を志望した理由 *志望理由をもとに面接をいたしますので、詳しくご記入ください。					
希望する 研修プログラム (複数選択可)	( ) 研修プログラム		( ) 消化器アドバンス		
	( ) 内科重点		( ) 協力型 (1)		
	( ) 協力型 (2)		*複数選択の場合は希望順位を記入		
新潟県イノベーター育成コース受講希望	有 ・ 無				
柏崎市オンライン海外留学支援制度希望	有 ・ 無				