

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)	<input type="checkbox"/> 研修プログラム <input type="checkbox"/> 消化器アドバンス <input type="checkbox"/> 内科重点 <input type="checkbox"/> 協力型(1) (1年目を湘南藤沢徳洲会病院で研修) <input type="checkbox"/> 協力型(2) (1年目を湘南鎌倉総合病院で研修) <p style="text-align: right;">*複数選択の場合は希望順位を記入</p>				
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				