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  （　　）協力型(1) (1年目を湘南藤沢徳洲会病院で研修)  （　　）協力型(2) (1年目を湘南鎌倉総合病院で研修)  ＊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 | | | | |