臨 床 研 修 申 込 書

佐渡総合病院
　　病院長　百都　健　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。

平成　　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　　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		
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）	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