

みやぎ県南中核病院 臨床研修プログラム応募申込書

- ふりがな
- 1) 氏名： _____
- 2) 生年月日： ■西暦 _____年 _____月 _____日 ■年齢： _____歳 ■性別： 女 ・ 男
同居家族： 無 ・ 有 _____名
- 3) 現住所：〒 _____
本籍：〒 _____
連絡先：電話 _____ 携帯電話 _____
E-Mail _____
- 4) 在籍大学または卒業大学： _____：平成 _____年度（卒業・卒業見込み）
- 5) 採用試験日（希望の日を○で囲んでください）
1. 平成29年 8月10日（木）
2. 平成29年 8月18日（金）
- 6) 将来希望の専攻科（複数回答可、該当するものを○で囲んでください）
外科系：（消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、形成外科、麻酔科、救急科）
内科系：（消化器内科、腫瘍内科、神経内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病・代謝内科、血液内科、リウマチ科、アレルギー科、小児科、心療内科、精神科、放射線科、総合診療科、リハビリテーション科）
未定
- 7) 当院見学希望の有無
無 ・ 有（希望時期： _____月 _____日頃） ・ 既に見学済み（ _____年 _____月）
- 8) 研修終了後の予定（該当するものをチェックしてください）
 大学医局へ入局
 専門医を目指して大学以外の専門病院で後期研修希望
 基礎医学
 その他 _____
- 9) その他の希望、質問事項