

## 臨床研修申込書

市立豊中病院  
 病院長 堂野 恵三 様



ふりがな  
 申込者:

私は、卒後臨床研修医として貴病院を中心とした下記の臨床研修プログラムに参加し、ご指導いただきたく所定の書類を添えて申し込みます。

### 記

希望臨床研修プログラム	・市立豊中病院初期臨床研修プログラム（市立豊中病院2年間）		
現住所	〒 - TEL : 携帯電話 :		
メールアドレス			
生年月日	年 月 日生	性別	
現住所以外の連絡先	〒 - TEL :		
在籍(出身)大学等	大学医学部	平成	年（卒・見込み）
志望動機			
初期臨床研修後の志望診療科 (複数回答可)			
可否に関わらず今後後期研修の案内などをこちらからメールアドレス等へ連絡させていただくことの可否について	必要 ・ 不要		
希望の試験日について○を付けて下さい ※必ずしも希望の試験日になるとは限りません	8月18日 ・ 8月19日 どちらでも可		

※卒業見込み証明書（または卒業証書写し）、成績証明書を添付して下さい。