

※ 面接

※ 整理番号

(西暦)

年 月 日

佐世保中央病院

病院長 碓 秀樹 宛

**2023 年度「佐世保中央病院初期臨床研修プログラム」
研修医応募申請書**

標記研修プログラム1) に基づく研修に応募申請いたします。

ふりがな				印	正面上半身脱帽の写真を貼付すること。 (裏面に氏名を記入のこと。)	
氏 名						
生年月日	(西暦)	年	月	日		(男・女)
〒	-					
現住所	電 話 番 号					
	携 帯 電 話 番 号					
	E - m a i l					
学 歴 (西 暦)						
年 月					高等学校卒業	
年 月	大学	学部	学科	入学		
年 月	大学	学部	学科	卒業 卒業見込		
年 月						

面 接 調 査 票

1 面接希望日を第三希望まで記入してください。(面接期日：随時)

第一希望日 月 日

第二希望日 月 日

第三希望日 月 日

2 面接のための来院ができない者については、以下にその理由を記入してください。

注 1) プログラム内容は、初期臨床研修プログラム概要を参照してください。

2) ※印の面接及び整理番号欄には、記入しないで下さい。

【 応募理由 】 ※任意様式にて別紙記載可

【 自己PR 】

【 希望コース確認 】 (をお願いします) ※未定の場合は空欄で構いません。

A : 基幹型2年 ・ B : 長崎大学病院長期研修コース
(2年次最大11ヶ月を長崎大学病院にて実施)