

※ 面接

※ 整理番号

(西暦)

年 月 日

佐世保中央病院 病院長 宛

**「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-mail | | | |
| 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)