|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　面接 |  | ※　整理番号 |

　　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

佐世保中央病院

病院長　　碇　秀樹　宛

**2021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致します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、2021年度「佐世保中央病院初期臨床研修プログラム」概要を参照して下さい。

　　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）