

平成 3 0 年度専攻医選考面接参加申込書

平成 2 9 年 月 日

岩手県立中部病院長 様

ふりがな

氏 名 ㊟

私は、岩手県立中部病院において平成 年 月からの専門研修を希望するので、下記の通り申請いたします。

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	(〒 -)		
実家住所	(〒 -)		
出身大学	大学 (平成 年 月卒)		
初期研修施設	施設名 ;		
研修希望 プログラム	希望する研修プログラムひとつに○又は☑をしてください。 ① () 内科 専門研修プログラム <input type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> サブスペシャリティ重点型 →希望するサブスペシャリティ診療科_____科 ② () 総合診療 専門研修プログラム		
奨学金受給の有無	無・有(種類: H30.3 末時点での残義務年数 年)		
面接希望日	第 1 希望 平成 年 月 日 ()		
	第 2 希望 平成 年 月 日 ()		

(注) 1 提出する書類は、各 1 部です。

2 提出先は、次のとおりです。 〒024-8507 岩手県北上市村崎野 17 地割 10 番地
 岩手県立中部病院 臨床研修担当
 TEL:0197-71-1511 E-mail: EA1013@pref.iwate.jp