

平成 年 月 日

病院長 殿

臨床研修申請書

貴院において臨床研修を受けたく、関係書類を添付のうえ、申請します。

申請者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 久留米市旭町67番地	
		TEL(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 Mail(携帯) kurume-u@abc-d.ne.jp	
	フリガナ	クルメ タロウ	性別
	氏名	久留米 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	生年月日	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)	
出身大学	大学名 【 〇〇〇〇大学 】 平成 〇〇年 〇月 〇〇日 (<input checked="" type="radio"/> 卒見込・卒) 地域卒・ (<input type="radio"/>) ※地域卒・県特別卒推薦入学の場合は〇印を付けて下さい。 県特別卒 ↳ (<input type="radio"/>) 福岡県内基幹型病院での臨床研修が認められている。 <small>※地域卒の場合のみ、該当する場合は〇印を付けて下さい。</small>		

全てのプログラムに応募できます。応募するプログラムに〇印を付けて下さい。

<input checked="" type="radio"/> ① 総合研修コース	<input type="radio"/> ② 小児科コース
<input checked="" type="radio"/> ③ 産婦人科コース	
<input checked="" type="radio"/> ④ 久大/九州医療センターコース	
<input type="radio"/> ⑤ 久大/聖マリア病院コース	
<input type="radio"/> ⑥ 久大/公立八女総合病院コース	

選考希望日 (希望する日に〇印を付けて下さい。)

※希望人数が偏った場合は調整する事があります。

- ① 8月9日 (木) ② 8月22日 (水)