

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	〒 ー	
		TEL(携帯)	ー ー
		Mail(携帯)	
	フリガナ		性 別
	氏 名		男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		
出身大学	大学名 【 】 西暦 年 月 日 (卒見込 ・ 卒) 地域枠・ () ※地域枠・県特別枠推薦入学の場合は○印を付けて下さい。 県特別枠 ↳ () 福岡県内基幹型病院での臨床研修が認められている。 <small>※地域枠の場合のみ、該当する場合は○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☑印を付けて下さい。

<input type="checkbox"/>	① 総合研修コース
<input type="checkbox"/>	② 久大／九州医療センターコース
<input type="checkbox"/>	③ 久大／聖マリア病院コース
<input type="checkbox"/>	④ 久大／公立八女総合病院コース
<input type="checkbox"/>	⑤ 久大／済生会二日市病院コース
<input type="checkbox"/>	⑥ 久大／大牟田市立病院病院コース
<input type="checkbox"/>	⑦ 久大／新古賀病院コース
<input type="checkbox"/>	⑧ 小児科コース
<input type="checkbox"/>	⑨ 産婦人科コース

選考希望日（希望する日／面接方法に○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（水） 【対面面接 ・ WEB 面接】

② 8月 18日（金） 【対面面接 ・ WEB 面接】

〇〇〇〇年 〇月 〇日

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 】 西暦 〇〇〇〇年 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印を付けて下さい。

<input checked="" type="checkbox"/>	① 総合研修コース
<input checked="" type="checkbox"/>	② 久大/九州医療センターコース
<input checked="" type="checkbox"/>	③ 久大/聖マリア病院コース
<input checked="" type="checkbox"/>	④ 久大/公立八女総合病院コース
<input checked="" type="checkbox"/>	⑤ 久大/済生会二日市病院コース
<input checked="" type="checkbox"/>	⑥ 久大/大牟田市立病院病院コース
<input checked="" type="checkbox"/>	⑦ 久大/新古賀病院コース
<input type="checkbox"/>	⑧ 小児科コース
<input type="checkbox"/>	⑨ 産婦人科コース

選考希望日 (希望する日/面接方法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 (水) 【対面面接・WEB面接】

② 8月 18日 (金) 【対面面接・WEB面接】