

二次募集用

臨床研修願書

令和 年 月 日

山口大学医学部附属病院長 殿

氏名 印

私は、貴院において医師法に基づく卒後2年間の臨床研修を受けたいので、必要書類を添えて申し込みます。

ふりがな			生年月日	欄・穢	年	月	日
氏名			年齢	歳			
			性別	男・女			
希望コース	該当する□に✓を入れてください。 □全方向型自由設計コース □小児科・産科婦人科・周産期コース						
出身大学	平成・令和 年 月 日 (卒業・卒業見込み)		大学		学部		学科
住所 連絡先	〒 電話番号(携帯): メールアドレス(PC):						
その他 連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話番号:						
奨学金の有無	有・無	有の場合は奨学金の名称を記入してください。					
志望診療科 または分野	希望する□に✓を入れてください。(複数選択可能) また、第一希望の診療科には○をつけてください。						
	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 膠原病内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 内分泌内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 腫瘍外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 精神科神経科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 産科婦人科 <input type="checkbox"/> 麻酔科蘇生科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 総合診療部 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 眼科						
	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 未定	
備考							