

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。			
	□ 消化器内科 □ 循環器内科 □ 腎臓内科 □ 膠原病内科 □ 脳神経内科 □ 内分泌内科 □ 呼吸器内科 □ 血液内科 □ 感染症内科 □ 消化器外科 □ 呼吸器外科 □ 小児外科 □ 一般外科 □ 腫瘍外科 □ 心臓血管外科 □ 精神科神経科 □ 小児科 □ 整形外科 □ 皮膚科 □ 形成外科 □ 泌尿器科 □ 耳鼻咽喉科 □ 放射線科 □ 放射線治療科 □ 産科婦人科 □ 麻酔科蘇生科 □ 脳神経外科 □ 救急科 □ 総合診療部 □ 病理診断科 □ 臨床検査科 □ リハビリテーション科 □ 眼科 □ 内科系 □ 外科系 □ その他() □ 未定			
備考				