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	昭和・平成　　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			