

臨床研修願書

貴病院臨床研修医として臨床研修を受けたいので、許可して下さるよう関係書類を添えてお願いします。

ふりがな			
出願者氏名	昭和・平成 年 月 日生		
最終学歴	大学		
卒業年月日	令和 年 月 日卒業（見込み）		
現住所	〒（ - ） 電話 - -		
受験票送付先 （送付先が期間によって異なる場合はその旨も記載してください）	〒（ - ） 電話 - -		
選考希望日 （受験を希望する 2日*を記入。） ※違う日にちを記入のこと	7月25日（土） 8月8日（土） 9月5日（土）		
	第1希望	月 日	第2希望 月 日

令和 年 月 日

出願者氏名

印

（提出先）
茅ヶ崎市立病院 病院長

※裏面もご記入ください

茅ヶ崎市立病院のプログラムを志望する理由を書いてください

将来希望する診療科、興味がある分野とその理由を書いてください
未定の場合は、その理由も書いてください

茅ヶ崎市立病院では、「健やか、共創」を基本理念として掲げています。
茅ヶ崎市立病院の初期研修医としてどのような能力を発揮することができるか、
教えてください。