

希望調査票

氏名

プログラム選択理由：

将来希望する診療科 \_\_\_\_\_ または 未 定

研修に対する抱負・希望

将来の進路の希望

修学資金等による青森県内医療機関での勤務義務 ※○をつけてください

有 ・ 無