

平成24年度むつ総合病院臨床研修申込書

平成 年 月 日

むつ総合病院院長 様

氏 名 印

私は下記により平成24年度むつ総合病院臨床研修プログラムに応募します。

記

ふりがな		生 年 月 日	昭和 年 月 日生
氏 名		(年齢)・性別	(歳) 男・女
現住所	〒 電話 (携帯電話) FAX メールアドレス		
帰省先 (連絡先)	〒 電話 FAX		
出身大学	平成 年 月 (卒業・卒業見込) 大学 学部 学科		
面 接	①平成23年8月13日(土) 13時から () ②平成23年8月14日(日) 10時から () (希望する日時に○をつけて下さい)		

提出先：むつ総合病院 臨床研修教育課 (臨床研修担当)

〒035-8601 むつ市小川町一丁目2番8号

TEL : 0175(22)2111 FAX : 0175(22)4439

希望調査票

氏名

プログラム選択理由：

希望する選択科 _____ または 未 定

研修に対する抱負・希望

将来の進路の希望

病院見学・見学実習申込書

お名前(フリガナ)：	()
大学名(学 年)：	(年)
電 話(携帯電話)：	()
ご希望の見学に を記入してください。 <input type="checkbox"/> 病院見学；病院施設見学 <input type="checkbox"/> 見学実習；ご希望の診療科にて見学実習 [複数診療科・一日以上可能]	
病院見学ご希望日 第1希望日； 年 月 日 第2希望日； 年 月 日 第3希望日； 年 月 日	
見学実習ご希望日・ご希望診療科 第1希望日； 年 月 日 ~ 年 月 日 第2希望日； 年 月 日 ~ 年 月 日 第3希望日； 年 月 日 ~ 年 月 日 第1希望診療科； _____ 第2希望診療科； _____ 第3希望診療科； _____	
備考 [ご質問・ご連絡等がありましたらこちらへご記入お願いします]	
日程・診療科等は調整後決まりしだいご連絡致します。その際に来院日時等をお伺い致します。 当方からの連絡方法はメールを優先し、メールが無い場合はお電話致します。 お申込みは希望日の2週間前までにお願ひ致します。	