

平成30年度専攻医選考面接参加申込書

平成29年 月 日

岩手県立磐井病院長 様

ふりがな

氏 名 ㊟

私は、岩手県立磐井病院において平成 年 月からの専門研修を希望するので、下記の通り申請いたします。

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	(〒 -)		
実家住所	(〒 -)		
出身大学	大学 (平成 年 月卒)		
初期研修施設	施設名 ;		
研修希望プログラム	希望する研修プログラムひとつに○をしてください。 ① () 内科 専門研修プログラム →希望するサブスペシャリティ診療科 _____ 科 ② () 総合診療 専門研修プログラム		
奨学金受給の有無	無・有(種類: _____)	H30.3 末時点での残義務年数 _____	年)
面接希望日	第1希望 平成 年 月 日 ()		
	第2希望 平成 年 月 日 ()		

(注) 1 提出する書類は、各1部です。

2 提出先は、次のとおりです。 〒029-0192 岩手県一関市狐禅寺字大平17番地
岩手県立磐井病院 臨床研修センター
TEL:0191-23-3452 E-mail:iwaihp@yahoo.co.jp