**初期臨床研修申込書**

令和　　年　　月　　日

公立藤岡総合病院

病院長　設楽　芳範　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴病院群において、臨床研修を受けたいので申込みます。

【連絡先】

　当院から書類等を郵送する場合に使用しますので、下欄にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 学生番号 |  |
| 地域枠（該当する場合） | 該当するものに○をして下さい。A.初期研修先が、1カ所の病院に指定されているB.初期研修先が、自治体等の指定する複数病院のいずれかとなるC.初期研修先は、全国のどこでも良いD.その他 |