

# 卒後臨床研修申込書

貴院において卒後臨床研修をいたしたいので、関係書類を添え申し込みます。

1. プログラム名 独立行政法人国立病院機構災害医療センター  
卒後研修プログラム

2. 希望する選抜日（いずれかに○印を付してください）

1 平成29年8月18日(金)

2 平成29年8月26日(土)

3. 出身校

\_\_\_\_\_

4. 卒業(見込)年月日

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日【 卒業 ・ 卒業見込 】

5. 当院院内見学経験の有無（いずれかに○印を付してください）

有 ・ 無

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話（自宅） \_\_\_\_\_

FAX（自宅） \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

独立行政法人国立病院機構災害医療センター院長 殿