

令和 年 月 日

岩手医科大学附属病院長 様

臨床研修医申込書

貴院の卒後臨床研修プログラムに基づく研修を希望するので、関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ			印
氏 名			
医師臨床研修 マッチングID			
研修を希望 するコース	岩手医科大学附属病院卒後臨床研修		
	1) 基本プログラム 2) 産婦人科・小児科・周産期プログラム		
	第一希望	第二希望 ※希望があれば記入して下さい。	
研修医宿舎への 入居希望	現時点での意向で構いません。 研修医宿舎の詳細に関しては、医師卒後臨床研修センターホームページ (https://www.hosp.iwate-med.ac.jp/resident/) でご確認ください。		
	入居を希望する	入居を希望しない	