臨床研修申込書

現 住 所　　〒（　　－　　）

電話番号

メールアドレス

氏（ふりがな）名

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日

（令和６年４月１日現在　満　　歳）

新潟県イノベーター育成臨床研修コース　　希望する　・　希望しない

（どちらかに〇をしてください。）

地域枠等　　対象（対象地域：　　）　・　対象外

（どちらかに〇をし、対象の場合は、対象地域を記入してください。）

※地域枠等とは、一定期間、決められた地域で初期臨床研修をするという取り決めを自治体等と交わしていることを表します。

新潟県立中央病院において臨床研修を希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

令和　　年　　月　　日

新潟県立中央病院

院長　　長谷川　正樹　　様

～以下連絡事項～

※ご記入いただいたメールアドレスあてに、面接に関する連絡をさせていただきます。

※面接は、以下の日時を予定しています。（各日 13:30 以降に実施、ただし 8/6 のみ、午前・午後で実施予定）都合のつかない日について、下記の表に×を記入してください。

面接日	7/27(木)	7/31(月)	8/3(木)	8/4(金)	8/6(日) 午前	8/6(日) 午後	8/17(木)	8/18(金)	8/21(月)	8/25(金)	8/28(月)
×を記入											