

平成24年度JA長野厚生連後期臨床研修プログラム

地域医療医養成コース申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
後期臨床研修センター
センター長 中川真一 殿

フリガナ _____
氏名 _____ (印)

下記のとおり平成24年度の後期臨床研修の申し込みをいたします。

記

1. 卒業大学 _____

2. 卒業年月日 _____年____月____日

3. 現在の所属（勤務先） _____

4. 希望研修コース 【○印をつけてください】

総合診療医養成プログラム ・ 家庭医養成プログラム ・ キャリア変更支援プログラム

その他の希望があれば記入してください（ _____ ）

5. 研修希望病院と希望科・分野

研修希望病院（1行に1病院、3病院以上記載）	研修希望科・分野（複数記載可）

※ 各病院の研修可能科、分野はホームページを参照してください。

※ 研修年次・期間等は相談の上決定します。

6. 連絡先

〒 _____

TEL () _____

携帯電話 () _____

E-mail _____ (携帯不可)