**研　修　申　込　書（様式1）**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪急性期・総合医療センター　総長　　　様

氏名　　　　　　　　　　　印

私は、下記のとおり、貴センターにおいて研修を受けたいので申し込みます。

記

1. 希望研修プログラム（①～③いずれかの□にチェックを入れてください。①-1広域連携型プログラムを希望する場合は、①にもチェックを入れてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ①臨床研修プログラム（基幹型プログラムA） |
| □ | ①－１広域連携型プログラム（※このプログラムは「臨床研修プログラム（基幹型プログラムA）」を希望する方のみ対象です） |
| □ | ②産婦人科重点プログラム |
| □ | ③小児科重点プログラム |

1. 将来の希望診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

※下記項目に該当する場合、□にチェックを入れてください。

　　　　□　当センターのクリニカルクラークシップに参加したことがある。

　　　　□　当センターの病院見学に来たことがある。（見学診療科名　　　　　　　科）

1. 研修を受けたい理由
2. 今後の志望研究課題

※広域連携型プログラムの採用者は、「①臨床研修プログラム（基幹型プログラムA）」を希望し、かつ「①－１広域連携型プログラム」を希望した方の中から、採用枠内で1名を決定します。