

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

2. 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)

3. 研修を受けたい理由

4. 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。