

## 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 (□にチェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>	①歯科口腔外科_歯科医師卒後臨床研修プログラム
--------------------------	-------------------------

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)

2. 研修を受けたい理由

3. 今後の志望研究課題