

# 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