様式第２号（第３条関係）

**年度専攻医（後期研修医）採用申込書**

　　年　　月　　日

宇和島市病院事業管理者　様

申込者

住 所　〒 　　　 －

　　 　　　　　　 　　　　　　　　　㊞

(※自署による署名の場合は押印省略可)

TEL （　　　　　）　　　　　－

E-mail

市立宇和島病院において専門研修を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

１　出 身 大 学　　　　　　　　　　　　　 　 　　大学

２　在籍大学教室又は病院名

３　医師国家試験合格年月日 　　 　　　 年 　 月 　 日

４　臨床研修実施状況

(1) 研修大学又は研修病院名

診　　療　　科

期　　　　　間　　　　 　　　年　　月　　日～　 　 年　　月　　日

(2) 研修大学又は研修病院名

診　　療　　科

期　　　　　間　　　　 　　 年　　月　　日～　 　 年　　月　　日

(3) 研修大学又は研修病院名

診　　療　　科

期　　　　　間　　　　 　　　 年　　月　　日～　 　 年　　月　　日

５　当院を志望した理由・動機等