

受付番号 \_\_\_\_\_

## 平成30年度 卒後臨床研修申請書

平成 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

氏 ひり が な \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

性 別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

現 住 所 (〒 - ) \_\_\_\_\_

電話番号 (携帯) - - \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

携帯電話アドレス \_\_\_\_\_

帰省先住所 (〒 - ) \_\_\_\_\_

帰省先電話番号 - - \_\_\_\_\_

貴院の卒後臨床研修に、下記のとおり参加希望しますので申請します。

### 記

1. 日本医師臨床研修マッチングプログラム参加者ユーザID

参加者ユーザID : \_\_\_\_\_

2. 希望研修プログラム

研修希望プログラムを確認したいので、下記の□にチェック ✓ をつけてください。

平成30年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2018 MANDEGAN)に応募します。

現時点において、希望する方にチェック✓ をつけてください。(マッチ後の変更は可能です。)

- 2018 MANDEGAN パターン 1 (研修開始：本院診療科)
- 2018 MANDEGAN パターン 2 (研修開始：協力型臨床研修病院)
- 2018 MANDEGAN パターン 3 (本院診療科で選択コースを1年目に実施)
- 2018 MANDEGAN パターン 4 (1年目の後半より協力型で研修開始)

平成30年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2018 小児科)に応募します。

平成30年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2018 産婦人科)に応募します。