

JCHO中京病院 臨床研修センター 宛

令和2年3月・令和3年3月医学部卒業予定者対象  
**初期臨床研修プログラム説明会**  
**《参加申込書》**

		申込日(西暦) 年 月 日	
フリガナ		性別	
氏名		年齢	歳
学校名	大学	学年	在籍
E-mail (携帯不可)	@	携帯電話番号	- -
現住所	〒		
帰省先	〒		

1. 参加希望日に☑をつけてください。

第1回: 令和元年6月8日(土)

第2回: 令和元年6月29日(土)

2. 話を聞きたい医師に○をつけてください。(複数回答可)

D~Fは部長、若手、レジデントを選択し(「○をつける」もしくは「不要な項目を削除」)、診療科名をご記入ください。  
 事前に申し込みされた方には、できる限り配慮いたします。

	○をつける	医師	診療科名
A		1年次研修医	
B		2年次研修医	
C		臨床研修センター担当医師	
D		各診療科医師 (部長、若手、レジデント)	
E		各診療科医師 (部長、若手、レジデント)	
F		各診療科医師 (部長、若手、レジデント)	
G		特になし	

診療科は下記よりお選びください

総合診療科/血液・腫瘍内科/  
 内分泌・糖尿病内科/呼吸器内科/  
 循環器内科/消化器内科/  
 脳神経内科/腎臓内科/小児科/  
 小児循環器科/精神心療科/  
 外科/整形外科/形成外科/  
 脳神経外科/心臓血管外科/  
 呼吸器外科/皮膚科/泌尿器科/  
 産婦人科/眼科/放射線科/  
 耳鼻咽喉科・頭頸部外科/  
 麻酔科/救急科/病理診断科/  
 リハビリテーション科

3. 質問等ございましたらご自由にお書きください。(説明会当日に回答いたします。)

申込締め切り: 当日参加も歓迎しますが、準備の都合上出来るだけ開催前日までにお申し込みください。