

国立病院機構四国子どもとおとなの医療センター
2024 年度初期臨床研修申請書

2023 年 月 日

国立病院機構四国子どもとおとなの医療センター院長 殿

大学名 _____

氏名 _____

国立病院機構四国子どもとおとなの医療センターにおける

2024 年度四国子どもとおとなの医療センター初期臨床研修プログラム (おとなプログラム)

で初期臨床研修を受けたいので、申請いたします。

連絡先住所

〒

連絡先電話番号： _____

携帯電話番号： _____

e-mail アドレス (所有している場合)： _____

希望する試験・面接日時 2023 年 月 日