

研修希望調査票

記入年月日 平成 年 月 日
氏 名

◆希望するグループおよび病院に○をつけてください。
(『兵庫県災害医療センター救急科専門研修プログラム』31頁参照)

(必須) ER 診療

	○	希望研修期間
神戸日赤		
県尼崎総合		
中央市民		
北播磨		
姫路医療		
赤穂市民		
島根県中		
広島市民		
和歌山日赤		

(必須) 地域医療

	○	希望研修期間
豊岡		
淡路医療C		
赤穂市民		
北播磨		
島根県中		
和歌山日赤		

() Dr.ヘリ

	○	希望研修期間
県加古川		
豊岡		
島根県中		
愛媛県中		

() 救急医療・救命センター

	○	希望研修期間
県西宮		
県尼崎総合		
兵庫医大		
中央市民		
神戸大		
豊岡		
県加古川		
淡路		
中京		
京一日赤		
島根県中		
香川大		
愛媛県中		
和歌山日赤		

() 臨床研修・基礎研究

	○	希望研修期間
神戸大		
兵庫医大		
香川大		

() 他の専門診療科

	○	希望研修期間
神戸日赤		
県尼崎総合		
こども		
淡路医療C		
中京		

※1 施設の研修期間は3ヶ月以上

(備考)