

研修希望調査票

記入年月日 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』40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		
こども		
淡路医療C		

() 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		
鳥取大		
岡山大		
製鉄広畑		
大阪医科薬科大		
徳島日赤		
鹿児島県立大島		
大阪日赤		
京都医療 C		

(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		
鹿児島県立大島		
徳島日赤		

() Dr.ヘリ

	○	希望研修期間
県加古川		
豊岡		
島根県中		
愛媛県中		
鳥取大		
鹿児島県立大島		

() 臨床研修・基礎研究

	○	希望研修期間
神戸大		
兵庫医大		
香川大		
鳥取大		
岡山大		
大阪医科薬科大		

() 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)