

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○をつけ希望研修期間を入れてください

病院名	○	期間
(必須) ER診療		
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		
甲南医療C		
済生会野江		
八尾徳洲会		

() Dr.へり

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

神戸大		
兵庫医大		
香川大		
鳥取大		
岡山大		
大阪医科薬科大		
聖マリアンナ医大		

() 他の専門診療科

神戸日赤		
県尼崎総合		
こども		
淡路医療C		
中京		

病院名	○	期間
(必須) 地域医療		
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		
甲南医療C		
八尾徳洲会		

() 救急医療・救命センター

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		
淡路医療C		
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		
武蔵野日赤		
聖マリアンナ医大		
済生会千里		

※1施設の研修期間は3か月以上