

初期臨床研修プログラム参加申込書

国立病院機構 北海道医療センター
院長 伊東 学 様

私 _____ は、令和 8 年度国立病院機構北海道医療センター初期臨床研修プログラム（基幹型）の参加について、下記事項のとおり希望しましたので、参加申込いたします。

当施設は、北海道内の国立病院機構病院と共同運営する研修プログラムを用意しています。当院基幹型研修プログラムに参加できない場合であっても、当院以外の北海道内機構病院にて臨床研修を行うことができる場合があります。

第 2・3 希望として共同研修プログラム（国立病院機構北海道内基幹病院）での参加を希望されますか？

希望する 希望しない 現時点で不明

希望される場合の基幹施設はどれでしょうか？

函館病院 第 2 希望 第 3 希望
旭川医療センター 第 2 希望 第 3 希望

※他の基幹病院での研修を希望する場合、現地にて改めて採用試験を受けていただく場合があります。
また、定員状況等により参加できない場合がありますので、ご承知置き願います。

令和 7 年 月 日

住所： _____

氏名 _____（自著）