研 修 希 望 調 査 票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．黒石病院臨床研修プログラムを選択した理由

２．２年目で希望する将来専門としたい診療科と関連診療科（複数可）
　　＊未定の方は１年目８月までに必ず届けること。

３．地域医療で希望するスケジュール（希望する番号を〇で囲む）
　　① 黒石市近隣協力施設での４週間の研修を希望する。
　　② 沖縄県立病院やその附属診療所での４週間の研修を希望する。

４．研修に対する希望・抱負（何でも結構です）

５．研修終了後の進路に関する希望