希　　望　　調　　査　　票

氏　名

○希望するプログラムの順位を下記に記入してください。（すべてのプログラムを選択される

　必要はありません。）

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム名 | 希望順位 |
| たすきがけプログラム（県内たすき東部）（松江市立病院、松江赤十字病院、松江生協病院） |  |
| たすきがけプログラム（県内たすき西部）（大田市立病院、浜田医療センター、益田赤十字病院） |  |
| たすきがけプログラム（島根県立中央病院） |  |
| たすきがけプログラム（県外病院）（東京医科歯科大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院） |  |
| 大学病院プログラム（本院） |  |
| 小児科重点プログラム（本院） |  |
| 産婦人科重点プログラム（本院） |  |
| 外科系重点プログラム（本院） |  |
| 麻酔科重点プログラム（本院） |  |