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　※１（松江市立病院、松江赤十字病院、松江生協病院、島根県立中央病院、大田市立病院、浜田医療センター、益田赤十字病院、東京医科歯科大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院） |  |
| Shimadaizmプログラム（本院）※２（自主設定コース、麻酔科コース、外科系コース、救急コース、　外傷コース） |  |
| 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） |  |

　　　※１を選択した場合は、希望するたすきがけ病院を記入してください。

　　　　第１希望（　　　　　　　　　　　　　　　）

第２希望（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　※２を選択した場合は、希望するコースを記入してください。

　　　　第１希望（　　　　　　　　　　　　　　　）

第２希望（　　　　　　　　　　　　　　　）