**2023年度みどり病院**

**総合診療専門研修プログラム申込み**

以下の内容を入力していただき、みどり病院　医局事務　林のメールアドレス

（h-hayashi@gifu-min.gr.jp）までお送りください。

●氏名（ふりがな）

●生年月日(西暦)　　　　年　　月　　日

●住所　〒

●メールアドレス

●携帯電話番号(お持ちでない方は連絡の取れる電話番号)

●初期研修先

●試験希望日程　第1希望　　月　　日／第２希望　　月　　日

●病院への要望・質問