

2023 年度新百合ヶ丘総合病院基本プログラム
希望調査票 (1)

出身大学 : _____

氏 名 : _____

I 基本プログラムの中で、研修期間の延長を希望する科があれば記入してください。

_____ 科 _____ ヶ月

_____ 科 _____ ヶ月

_____ 科 _____ ヶ月

II 自由選択科

第 4 希望まで書いてください。

第 1 希望 _____ 科

第 2 希望 _____ 科

第 3 希望 _____ 科

第 4 希望 _____ 科