

提出先	津南町役場福祉保健課
メールアドレス	fukushihoken@town.tsunan.niigata.jp

(申請者)
 住 所 _____
 氏 名 _____

津南町総合診療医等育成支援事業 (総合診療専攻医育成コース) 申請書

津南町総合診療医等育成支援事業（総合診療専攻医育成コース）の選考について、履歴書を添えて申請します。

なお、新潟県立十日町病院総合診療専門医プログラムに申込をして専攻医に採用された場合のみ対象者となることについて承知しています。

申 請 者	氏名・生年月日	(年 月 日生)
	住所・電話番号	TEL:
	メールアドレス	
	出身大学名等	名称 所在地
	研修中の病院名	名称 所在地

注) 履歴書（様式任意）を添付すること

○専門研修奨学金希望理由書等(奨学金を活用して学びたいことなど)

希 望 動 機	

あなたが考える総合診療医像	
津南病院で取り組みたいことや意気込みなど	

※支援の実施は、津南町予算並びに関連条例の議決が前提となります。