回答用紙

医籍番号	性	氏名	婚姻	子の数	生年月日
	男 女		未婚 既婚	人	昭和　年　月　日

研修プログラム番号	研修期間	中断の有無	中断期間
	平成　年　月 ～ 平成　年　月	有・無	平成　年　月 ～ 平成　年　月

問1	問2	問3	問4	問5	問6	問7

問8													問9

問10

例	福井県で４月に２週間オリエンテーション、その後、２ヶ月内科をローテートした場合	順番	診療科	期間（か月）	病院の所在地
		1	1	２．５	１８

順番	診療科	期間（か月）	病院の所在地	順番	診療科	期間（か月）	病院の所在地
1				9			
2				10			
3				11			
4				12			
5				13			
6				14			
7				15			
8				16			

＊プログラムの合計期間が、24ヶ月を超えるかどうかを必ずご確認ください

問11	問12	問13											問14

問15											問16	問17	問18

問19											問20	問21	問22

問23													