

# 採用希望病院票

※本紙は受験願書に必ず添付してください。

※	氏名
---	----

◎採用を希望する病院の順位を、第1希望から第3希望までの記載してください。

希望 順位	病 院 名	希望 順位	病 院 名
<b>【茨城県】</b>		<b>【神奈川県】</b>	
	水戸医療センター		横浜医療センター
	霞ヶ浦医療センター		久里浜アルコール症センター
	茨城東病院		箱根病院
<b>【栃木県】</b>			相模原病院
	栃木病院		神奈川病院
	宇都宮病院	<b>【新潟県】</b>	
<b>【群馬県】</b>			西新潟中央病院
	高崎総合医療センター		新潟病院
	沼田病院		さいがた病院
	西群馬病院	<b>【山梨県】</b>	
<b>【埼玉県】</b>			甲府病院
	西埼玉中央病院	<b>【長野県】</b>	
	埼玉病院		東長野病院
	東埼玉病院		まつもと医療センター松本病院
<b>【千葉県】</b>			まつもと医療センター中信松本病院
	千葉医療センター		長野病院
	千葉東病院		小諸高原病院
	下総精神医療センター	<b>【他ブロック】</b>	
	下志津病院		北海道東北ブロック ( )
<b>【東京都】</b>			東海北陸ブロック ( )
	東京医療センター		近畿ブロック ( )
	災害医療センター		中国四国ブロック ( )
	東京病院		九州ブロック ( )
	村山医療センター	※ ( ) 欄には病院名を記載してください。	

宿舎希望の有無	有 ・ 無
---------	-------