

## 希望プログラム調査票

氏名 \_\_\_\_\_

地域枠該当の有無	(有の場合) 従事要件
有 ・ 無	

プログラム略称 (P=プログラム)	1年目の 主な研修施設	2年目の 主な研修施設	希望プログラム (①②③又は ○印、複数可)
好生館たすきがけ P	好生館	佐賀大学	
好生館たすきがけ P	佐賀大学	好生館	
佐賀病院たすきがけ P	佐賀大学	佐賀病院	
聖マリア病院/高木病院たすきがけ P	聖マリア病院 or 高木病院と佐賀大学		
唐津赤十字病院たすきがけ P	唐津赤十字病院と佐賀大学		
嬉野医療センターたすきがけ P	嬉野医療センターと佐賀大学		
オール佐賀プログラム	佐賀大学と協力型病院等		
小児科特別プログラム	佐賀大学と協力型病院等		
産科特別プログラム	佐賀大学と協力型病院等		
地域重点型オーダーメイド P	佐賀大学と協力型病院等		

◎聖マリア病院/高木病院たすきがけプログラムにマッチした場合に希望する病院とローテーション時期（希望する方の病院の1年目か2年目に○を付けてください。）※1

プログラム略称	研修施設名	1年目	2年目
聖マリア病院/高木病院たすきがけ P	雪の聖母会 聖マリア病院		
聖マリア病院/高木病院たすきがけ P	高木病院		

◎唐津赤十字病院、または嬉野医療センターたすきがけプログラムにマッチした場合に希望するローテーション時期（1年目か2年目に○を付けてください。）※1

プログラム略称	研修施設名	1年目	2年目
唐津赤十字病院たすきがけ P	唐津赤十字病院		
嬉野医療センターたすきがけ P	嬉野医療センター		

※1 1年目に大学以外の病院を希望の場合も、たすきがけ先病院の状況により、1年目大学・2年目たすきがけ先病院なる場合もありうることを、あらかじめご了承ください。

◎オール佐賀プログラムにマッチした場合、外科系専門コースの希望（希望者は○を付けてください。）

外科専門コース	
---------	--

※本調査は、マッチングの面接や今後のプログラムを検討する際の参考資料とします（最終登録ではありません）。希望順位が決まっている場合は、①②③など順序がわかるように記載してください。希望順

(佐賀大学医学部附属病院)

位が決まっていない場合は、○印のみ記載してください。

※マッチングの最終登録に関して、病院側は、応募者全員を佐賀大学の全プログラムに登録しますので、応募者は本調査で希望しなかった(○印をつけなかった)プログラムにも、最終登録可能です。