筑波記念病院外科専門研修プログラム願書

平成　 　　年　　　月　　　日

筑波記念病院長 殿

氏名(自署)

貴院の専攻医を志望します。所定の書類を添えて出願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 生年月日・性別 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 男　・　女 |
| 現住所 | 〒　　　－℡ (自宅)：　　　　　　　　　　携帯：e-mail アドレス:  |
| 出身大学 | 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　大学　　 　　　　年　　月　卒業　　　　　　　　　　  |
| 医師免許取得 | 平成　　　年　　　月　　医籍番号 |
| 修了(見込み)　　初期臨床研修 プログラム | プログラム名：〔修了(予定)日：平成　　年　　月　　日〕 |
| 現在の勤務施設名所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 茨城県地域枠修学生 | 　　該当しない　・　該当する　（いずれかに○） |
| Subspecialty専攻希望 | 　　 |
|  |  |