筑波記念病院専門研修プログラム願書

令和　 　　年　　　月　　　日

筑波記念病院長 殿

氏名(自署)

貴院の（ 内科 ・外科 ・救急科 ・ リハビリテーション科 ）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。

※ いずれかに○を付ける。

|  |  |
| --- | --- |
| （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・令和　　　　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・令和　　　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○） |
| 希望コース |  |
| Subspecialty  専攻希望 |  |