筑波大学附属病院外科（総合５外科）専門研修プログラム専攻医願書

西暦　 　　年　　　月　　　日

筑 波 大 学 附 属 病 院 長 殿

氏名(自署)

貴学附属病院外科（総合５外科）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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  | |
| 生年月日・性別 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生 男　・　女 | |
| 現住所 | 〒　　　－  ℡ (自宅)：　　　　　　　　　　携帯： | |
| 連絡先e-mail  アドレス | | ※原則UMINのメールアドレスを記載してください | |
| 出身大学 | 大学　　 　　　　年　　月　卒業 | |
| 医師免許取得 | 西暦　　　　年　　　月　　医籍番号 | |
| 修了(見込み)　　臨床研修 プログラム | プログラム名：  〔修了(予定)日：西暦　　　　年　　月　　日〕 | |
| 現在の勤務施設名  所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | |
| 就業義務の有無に関して | | 下記該当者は〇をしてください  茨城県地域枠・修学生　　　　他県地域枠・修学生 | |
| 総合５外科の中でSubspecialty  専攻希望 | 以下より選択（いずれかに○）  　　消化器・心臓血管・呼吸器・小児・乳腺/内分泌腺・未定 | |
| 筑波大以外の連携施設を主たる研修施設とする希望 | な　　し　・　あ　　り（いずれかに○）  連携施設名：  指導責任者： | |