**筑波大学附属病院医員（研修医）願書**

　 　　年　　　月　　　日

筑 波 大 学 附 属 病 院 長 殿

氏名(自署)

　貴学附属病院医員（研修医）を志望しますので、所定の書類を添えて出願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 〒　　　－  ℡  携帯 |
| 帰省先  (連絡先) | 〒　　　－  ℡ |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 生年月日・性別 | 年　　　　月　　　　日生 　男　・　女 |
| 出身大学 | 卒業見込  大学　　　　　　年　　月  　　　　　　　　　　 卒業 |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 試験日に関する  事項 | 該当するものに〇をしてください。  　　　8/21(金) を希望　　　8/24(月) を希望　　　どちらでも可 |
| 希望するプログラム | 応募時点で希望するプログラムに〇をしてください（併願の場合は両方に〇）。　一般プログラム　小児特別プログラム　産科特別プログラム |
| 地域枠・修学生 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 |