

筑波大学附属病院医員（臨床研修医）願書

西暦 年 月 日

筑波大学附属病院長 殿

氏名(自署)

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

現住所 電話連絡先	〒 ー 電話： 携帯：
第2連絡先 (住所・電話)	住所：〒 ー 電話（携帯可）： 様方
(ふりがな) 氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生
出身大学	卒業見込 大学 年 月 卒業
e-mailアドレス	
試験日に関する 事項	該当するものに○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○をしてください（併願の場合は両方に○）。 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○をしてください（該当しない者は記載不要） 茨城県地域枠・修学生 他自治体地域枠・修学生 →自治体名 [県]