**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出願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所  電話連絡先 | 〒　　　－  電話：  携帯： |
| 第２連絡先  （住所・電話） | 住所：〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方  電話（携帯可）： |
| （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ｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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　（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］ |