**筑波大学附属病院医員（臨床研修医）**

**研究医特別プログラム　　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） | 〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　西暦　　　　年　　　月  　　　　　　　　　　 　　卒業 |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 内諾の取れている研究指導責任者  （筑波大学の基礎医学の各研究室を原則とする） | 研究室名：　　　　　　　　　　　　研究指導責任者： |
| 筑波大学の  大学院受験予定 | あり（10月期・２月期）　・　なし　・　その他（　　　　　　　） |
| 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・修学生等　→自治体名［　　　　　　　　　］ |