# 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<br>電 話 連 絡 先 | 〒　　－<br><br>電話：<br>携帯： |
| 第 2 連 絡 先<br>（住所・電話） | 〒　　－<br><br>様方<br>電話（携帯可）： |
| （ふりがな）<br>氏　　名 | |
| 生　年　月　日 | 西暦　　年　　月　　日生 |
| 出　身　大　学 | 卒業見込<br>大学　　西暦　　年　　月<br>卒　業 |
| e-mail ｱﾄﾞﾚｽ | |
| 内諾の取れている<br>研究指導責任者<br>（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<br>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<br>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）<br>茨城県地域枠・修学生<br>他自治体地域枠・修学生等　→自治体名［　　］ |