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	〒　　－ 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　　年　月 卒　業
e-mail アドレス	
試験日に関する事　項	該当するものに〇をしてください。 8/19(金) を希望　　8/25(木) 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	地域枠など、何らかの就業義務（もしくはそれに準ずる条件。臨床研修だけでなく専門研修についても）を有する制度を利用していますか？ はい　・　いいえ →はいの場合は自治体名（都道府県・市町村）・大学名等を記載してください [　　]
住　民　登　録	現在、日本国内に住民登録がありますか？ はい　・　いいえ（　　年　月に登録予定) ※「いいえ」の方は、マッチ後にサポートさせていただきます。