**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。　　　8/7(月) を希望　　　8/10(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。 |