

筑波大学附属病院医員（臨床研修医）願書

西曆 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	該当するものに○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○をしてください（併願の場合は両方に○）。 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。