

筑波大学附属病院放射線科専門研修プログラム専攻医願書

西暦 年 月 日

筑波大学附属病院長 殿

氏名(自署)

貴学附属病院専攻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	〒 ー Tel 携帯
現在の勤務施設名 住所	〒 ー Tel
(ふりがな) 氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生
出身大学	大学 年 月 卒業
Subspecialty 専攻 希望 (現時点での希望)	以下より選択 (いずれかに○) ・放射線診断 ・放射線治療 (放射線腫瘍学) ・現時点で診断・治療は未定
修了(見込み) 臨床研修 プログラム名	[修了(予定)日:西暦 年 月 日]
連絡先 e-mail アドレス	
就業義務の有無に 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) 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 []