

## 筑波大学附属病院精神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<br>TEL 携帯  |
| 現在の勤務施設名<br>住所            | 〒 ー<br>TEL   |
| (ふりがな)<br>氏名              |  |
| 生年月日                      | 西暦 年 月 日生  |
| 出身大学                      | 大学 年 月 卒業  |
| 修了(見込み)<br>臨床研修<br>プログラム名 | [修了(予定)日:西暦 年 月 日]   |
| 連絡先 e-mail<br>アドレス        |  |
| 就業義務の有無に<br>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?<br>はい ・ いいえ<br>→「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<br>[ ] |