

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<br>電話連絡先         | 〒 ー<br><br>携帯：                                                                                                            |
| 第2連絡先<br>（住所・電話）     | 〒 ー<br><br>様方<br>電話（携帯可）：                                                                                                 |
| （ふりがな）<br>氏 名        |                                                                                                                           |
| 生 年 月 日              | 西暦 年 月 日生                                                                                                                 |
| 出身大学                 | 卒業見込<br>大学 年 月<br>卒 業                                                                                                     |
| e-mail アドレス          |                                                                                                                           |
| 試験日に関する<br>事 項       | 面接日は10/4(水)となります。                                                                                                         |
| 希 望 す る<br>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○）。<br>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<br>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？<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>[ ] |
| 住 民 登 録              | 現在、日本国内に住民登録がありますか？<br>はい ・ いいえ（ 年 月に登録予定）<br>※「いいえ」の方は、マッチ後にサポートさせていただきます。                                               |