

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	〒 ー 携帯：
第2連絡先 （住所・電話）	〒 ー 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	<u>試験日：11/11（月）</u> 〔予備日 11/12（火）※応募者多数の場合、予備日に回ることがあります。〕
希 望 す る プ ロ グ ラ ム	一般プログラム
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。