

筑波大学附属病院医員（臨床研修医）  
研究医特別プログラム 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お願いいたします。

現住所 電話連絡先	〒 ー  電話： 携帯：
(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 西暦 年 月 卒業
e-mailアドレス	
内諾の取れている 研究指導責任者 <small>(筑波大学の基礎医学の 各研究室を原則とする)</small>	研究室名：  研究指導責任者：
筑波大学の 大学院受験予定	あり(入試実施時期 月) ・ なし ・ その他( )
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 [ ]