

# 東北大学病院 内科専門研修プログラム申込書

平成 年 月 日

東北大学病院長 殿

3ヶ月以内に撮影した  
正面上半身脱帽の  
写真貼付  
  
(3cm×4cm、裏面に  
氏名を記入のこと)

ふりがな

氏 名

㊞

生年月日 年 月 日生 (男・女)

希望コース名	希望コースに「○」をご記入ください。 ① 総合内科コース      ② subspecialty内科重点コース ③ 地域重点内科コース      ④ 内科・subspecialty内科混合コース		
将来の希望診療科 (サブスペシャリティ領域)	希望診療科に「○」をご記入ください(複数回答可)。 ① 循環器内科      ② 総合感染症科      ③ 腎・高血圧・内分泌科      ④ 血液・免疫科 ⑤ 糖尿病代謝科      ⑥ 消化器内科      ⑦ 加齢・老年病科      ⑧ 漢方内科      ⑨ 心療内科 ⑩ 呼吸器内科      ⑪ 腫瘍内科      ⑫ 神経内科      ⑬ その他(                      )      ⑭ 未定		
現住所	〒	電話	
		携帯電話	
E-mail			
連絡先 (帰省先等)	〒	電話	
医籍登録年月日	平成 年 月 日	医籍登録番号	第 号
初期研修病院名 (研修プログラム名)			
学 歴			
昭・平	年 月 日		高等学校 卒業
昭・平	年 月 日		入学
昭・平	年 月 日		卒業
昭・平	年 月 日		入学
昭・平	年 月 日		卒業
職 歴			
昭・平	年 月 日		
昭・平	年 月 日		
昭・平	年 月 日		
昭・平	年 月 日		

(※現在 初期研修医の方)	所属施設の研修責任者	職位:	氏名:
(※現在 初期研修医以外の方)	所属施設の研修責任者	職位:	氏名:

※当院から研修状況・勤務状況を問い合わせる場合がございます。

志望理由(具体的にご記入ください)