

# 東北大学病院 コンダクター型総合診療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)

希望研修期間	希望コースに「○」をご記入ください。 ① 3年(必修研修科のみの研修を希望する) ② 4年(選択診療科も含めた研修を希望する)		
研修施設の調整のため、研修希望先に関して下記の質問にお答え下さい。			
総合診療専門研修Ⅰ 研修希望先 (第3希望まで記入可)	①気仙沼市立本吉病院 ②女川町地域医療センター ③登米市立米谷病院 ④登米市立上沼診療所 ⑤丸森町国民健康保険丸森病院 ⑥南三陸病院	第1希望	
		第2希望	
		第3希望	
総合診療専門研修Ⅱ 研修希望先 (第3希望まで記入可)	①登米市立登米市民病院 ②石巻赤十字病院 ③気仙沼市立病院 ④みやぎ県南中核病院 ⑤栗原市立栗原中央病院 ⑥仙台医療センター	第1希望	
		第2希望	
		第3希望	
内科研修 研修希望先 (第3希望まで記入可)	①東北大学病院 ②登米市立登米市民病院 ③石巻赤十字病院 ④気仙沼市立病院 ⑤みやぎ県南中核病院 ⑥栗原市立栗原中央病院	第1希望	
		第2希望	
		第3希望	
小児科研修希望先 (第2希望まで記入可)	①石巻赤十字病院 ②みやぎ県南中核病院 ③仙台市立病院 ④大崎市民病院	第1希望	
		第2希望	
救急科研修希望先 (第2希望まで記入可)	①石巻赤十字病院 ②みやぎ県南中核病院 ③仙台市立病院 ④大崎市民病院	第1希望	
		第2希望	
※4年研修を希望した方 選択研修希望する診療科	希望診療科に「○」をご記入ください(複数回答可)。 ① 一般外科 ② 整形外科 ③ 精神科 ④ 産婦人科 ⑤ 皮膚科 ⑥ 泌尿器科 ⑦ 耳鼻咽喉科 ⑧ 眼科 ⑨ 放射線科 ⑩ リハビリテーション科 ⑪ 漢方内科 ⑫ 在宅医療科 ⑬ 必修診療科の延長 ( 科 ヶ月 ) 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)
”専攻医取得後の希望 ( ) ・ 未定”