

東北大学病院
 内科専門研修プログラム申込書

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 総合診療科 ② 循環器内科 ③ 総合感染症科 ④ 腎・高血圧・内分泌科 ⑤ 血液・免疫科 ⑥ 糖尿病代謝科 ⑦ 消化器内科 ⑧ 加齢・老年病科 ⑨ 漢方内科 ⑩ 心療内科 ⑪ 呼吸器内科 ⑫ 腫瘍内科 ⑬ 脳神経内科 ⑭ その他() ⑮ 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	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			
年 月 日	高等学校 卒業		
年 月 日	入学		
年 月 日	卒業		
年 月 日	入学		
年 月 日	卒業		
職 歴			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
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。

修学資金貸与の有無	☐ あり	宮城県修学資金 (一般枠 ・ 東北大学枠)
		その他()
	☐ なし	
JMECCの受講状況	☐ 受講済・受講予定	年 月 日 (施設名:)
	☐ 未 受 講	

志望理由(具体的にご記入ください)