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)

			希望コースに「○」をご記入ください。							
希望コース名		① 総合内科コ	ース	② sub	specialty内科重点コ	ース	③ 地域重点内积	科コース		
将来の希望診療科 (サブスペシャルティ領域)		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 血液内科								
		⑥ リウマチ膠原病内科 ⑦ 糖尿病代謝科 ⑧ 消化器内科 ⑨ 加齢・老年病科 ⑩ 漢方内科								
		⑪ 心療内科 ⑫ 呼吸器内科 ⑬ 腫瘍内科 ⑭ 脳神経内科 ⑮ 緩和医療科								
		16その他・未定	<u> </u>)	T	T			
明		〒 				電 話				
見り 現 住 所 							携帯電話			
E-mail										
連絡先			〒				電 話			
医籍登録年月日			年	月	日	医籍登録番号	第		号	
初期研修: (研修プログ										
					学	歴				
年	月	日						高等学校	卒業	
年	月	日							入学	
年		日							卒業	
年	——— 月	日							 入学	
年	——— 月	日							 卒業	
					 職	歴				
年	 月	日								
年		日								
年	月	月								
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	音	職位:		氏名:	
			※当院から研修状況	兄・勤務状況を	問い合わせる場合が	ございます。
	<u></u> あり	宮城県個	多学資金 (-	·般枠 •	東北大学枠)
修学資金貸与の有無		その他()	
	□なし					
N (FCC ↑ ¾ ¼ ¼ ½ ½)	□ 受講済・受講予定		年 月 日	(施設名:)
JMECCの受講状況	□未 受 講					
	志望理由	(具体的に	こご記入ください)			