

東北大学病院放射線科専門研修プログラム申込書

令和 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)

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)