（申請様式2024）

東北大学病院　初期臨床研修申請書

年　 　月　 　日

東北大学病院長　殿

　ふりがな

氏　　　名

生年月日 年 月 日生（男 ・ 女）

東北大学病院臨床研修プログラムによる初期臨床研修を志望しますので、所定の書類を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現住所 | 〒　　　　　－ | | 電話 |  |
| 携帯  電話 |  |
| 連絡先  (ご実家や帰省先等について記入してください。) | 〒　　　　　－ | | 電話 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  | | | |
| 出身大学 | 卒　　業  大学　　　　　　　年　　　月　　　日  卒業見込 | | | |
| 希望欄  （研修に関する希望等を記入してください。） |  | | | |
| 地域枠について  （チェックを入れ、該当する場合、①と②についても記入してください） | | * 該当しない * 該当する（以下の①と②を記入してください）   ① 修学資金名  ② 臨床研修中の地域医療への従事要件(従事先など) | | |
| 受験希望日  （希望する受験日にチェックを入れてください） | | * ８/９（水）　 □　８/2１（月） 　□ ９/２（土） * 病院見学時に受験：　　　/　　　（　　　） | | |
| **希望する研修プログラムすべてにチェック**し、**(　)内に希望順位を記入**してください。小児科・産婦人科プログラムを選んだ方は、希望する診療科を丸で囲んでください。 | | * (　　) 自由選択プログラム * (　　) 小児科・産婦人科プログラム（ 小児科 ・ 産婦人科 ） * (　　) 地域医療重点プログラム | | |

（2024年度採用分）