|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号（病院記載欄） |  |

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 |  |

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。

※□は該当するものにチェックを入れてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　 | 性別 | □ 男　　　□ 女 |
| 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 |  |
| メールアドレス |  |
| 出身大学卒業（見込）年月日 | 大学 | 年　　月　　日 | □ 卒業□ 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（該当の有無にチェックを入れ、該当する場合、①と②についても記入してください。） | □ 該当なし□ 該当あり（以下の①と②を記入してください） |
| ① 修学資金名 |
| ② 初期臨床研修中の地域医療への従事要件（従事先など） |
| 受験日の希望順位（**【　】内に第1希望から第3希望までの希望順位を記入**してください。） | 【　】11/8（金）午後 | 【　】11/12（火）午前 |
| 【　】11/13（水）午後 | ※募集締切後、決定した受験日と時間をメールにてお知らせします。 |
| 希望研修プログラム（**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希望する方は、希望する診療科をチェックしてください。） | □ 【　】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 |

（申請様式2025\_2）