|  |  |
| --- | --- |
| 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） | | | | | |
| 受験希望日  （**第1希望から第3希望まで全て記入**してください。） | | 第1希望：　　／　　（　　） | | | 第2希望：　　／　　（　　） | | |
| 第3希望：　　／　　（　　） | | |  | | |
| 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\_3）