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

東北大学病院臨床研修申請書

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  （ご実家や帰省先等を記入） | 〒　　　　－ | | | 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） |  | | | | | |
| 地域枠について  （該当の有無にチェックを入れ、該当ありの場合、①と②も記入） | | 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 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） | | ８／７（木）　　 ８／１９（火）　　 ９／６（土）  病院見学時 | | | | |
| 希望研修プログラム  （**希望するプログラムすべてにチェックし、【　】内に希望順位を記入**。小児科・産婦人科プログラムを希望する方は、希望する診療科にもチェック） | | 【　】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2026）