

東北大学病院 内科専門研修プログラム申込書

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）

希望コース名	希望コースに「○」をご記入ください。 ① 総合内科コース ② subspecialty内科重点コース ③ 地域重点内科コース			
将来の希望診療科 (サブスペシャリティ領域)	希望診療科に「○」をご記入ください(複数回答可)。 ① 総合診療科 ② 循環器内科 ③ 総合感染症科 ④ 腎臓・高血圧内科 ⑤ 血液内科 ⑥ リウマチ膠原病内科 ⑦ 糖尿病代謝・内分泌内科 ⑧ 消化器内科 ⑨ 加齢・老年病科 ⑩ 漢方内科 ⑪ 心療内科 ⑫ 呼吸器内科 ⑬ 腫瘍内科 ⑭ 脳神経内科 ⑮ 緩和医療科 ⑯その他・未定 ()			
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	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				
年 月 日	高等学校 卒業			
年 月 日	入学			
年 月 日	卒業			
年 月 日	入学			
年 月 日	卒業			
職 歴				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
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。

修学資金貸与の有無	☐ あり	宮城県修学資金 (一般卒 ・ 東北大学卒)
		その他()
	☐ なし	
JMECCの受講状況	☐ 受講済・受講予定	年 月 日 (施設名:)
	☐ 未 受 講	

志望理由(具体的にご記入ください)