**東北医科薬科大学病院　臨床研修申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

東北医科薬科大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生（男・女）

　　東北医科薬科大学病院研修プログラムによる臨床研修を志望いたしますので、所定の書類を添えて

申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 〒 |
| 携帯電話 |  |
| E－mail |  |
| 出身大学 | 大学令和　　　年　　　月　　　日　卒業　・　卒業見込 |
| マッチングID |  |
| 志望コース※志望するコースに〇を付けてください. | 第1希望 | 東北医科薬科大学病院臨床研修プログラム　　Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ |
| 第2希望 | 東北医科薬科大学病院臨床研修プログラム　　Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ |
| 第3希望 | 東北医科薬科大学病院　　　　　臨床研修プログラム　　Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ |

＊臨床研修プログラムＡ（標準コース）

＊臨床研修プログラムＢ（地域たすき掛けコース）

＊臨床研修プログラムＣ（小児産婦人科コース）