**東北医科薬科大学・東北医科薬科大学病院**

**専門研修プログラム申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

東北医科薬科大学

東北医科薬科大学病院

専門研修プログラム統括責任者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　 ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生（男・女）

　私は、下記の東北医科薬科大学・東北医科薬科大学病院　専門研修プログラムを志望いたしますので、所定の書類を添えて応募いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 〒 |
| 携帯電話 |  |
| Email |  |
| 臨床研修病院名  （研修プログラム名） |  |
| 専門研修プログラム | ※申込みをするプログラムの領域に○をつけること  内科　・　外科　・　小児科　・　精神科  麻酔科　・　臨床検査　・　形成外科　・　総合診療  整形外科　・　泌尿器科　・　耳鼻咽喉科　・　皮膚科 |