令和６年度弘前大学医学部附属病院臨床研修医願書＜二次募集用＞

令和　　年　　月　　日

弘前大学医学部附属病院長　　殿

私は、下記により令和６年度弘前大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムに応募致します。

氏　　名

ふりがな 氏　　名		生年月日 年齢･性別	年　　月　　日生 （　　歳）　男　・　女
現　住　所	〒 電話（携帯）： ＦＡＸ　　： ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　：		
帰省先 （連絡先）	〒 電話：　　FAX：		
出身大学	年　　月　　日（　卒業　・　卒業見込み　） 大学　　学部　　学科		
希望 プログラム	プログラムＡ（　　）　プログラムＤ　　（　　） プログラムＢ（　　）　プログラムＥ「小児科コース」　（　　） プログラムＣ（　　）　プログラムＦ「産婦人科コース」　（　　） （該当するものに○をつけてください。複数回答可）		
選　考 （面接）	当方が指定する日時及び方法		
実施環境 （保有する ものに○）	（　　）パソコン、Ｗｅｂカメラ、マイクおよびネット接続環境 （　　）カメラ付きスマートフォン ※実施サービスについて、こちらが指定するものを導入すること。		

提出先：弘前大学医学部附属病院総務課人事グループ臨床研修担当
〒036-8563　弘前市本町53　　TEL：0172-39-5178　FAX：0172-39-5189