＜二次募集用＞

平成31年度弘前大学医学部附属病院臨床研修医願書

平成　　年　　月　　日

弘前大学医学部附属病院長　　殿

私は、下記により平成31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　　印

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	平成　　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Ｅ「小児科コース」　（　　） プログラムＢ（　　）　プログラムＦ「産婦人科コース」　（　　） プログラムＣ（　　）　プログラムＧ（外科重点コース）　（　　） プログラムＤ（　　）　プログラムＨ（総合診療重点コース）（　　） （該当するものに○をつけて下さい。複数回答 可）		
選　考 (面接)	平成 30 年 11 月 12 日（月）　～16 日（金） のうち当院が指定する日時		

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