平成22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22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	昭和　　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Ｄ（　　） （該当するものに○をつけて下さい。複数回答 可）		
選　考 (面接)	①平成 21 年 7 月 18 日（土）　13 時から　　（　　） ②平成 21 年 8 月　8 日（土）　*合同面接会　（　　） ③平成 21 年 9 月　5 日（土）　13 時から　　（　　） ④平成 21 年 10 月 17 日（土）　13 時から　　（　　） （希望するものに○をつけてください。）		

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