

＜二次募集用＞

令和5年度弘前大学医学部附属病院臨床研修医願書

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5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）： F A X ： メールアドレス ：		
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、We b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5-3 TEL：0172-39-5178 FAX：0172-39-5189