

必要事項を記載の上、FAXをお願いいたします  
送信先 0172-39-5092

## 弘前大学泌尿器科 専攻医（見学）申込書

平成 年 月 日

専攻医担当事務局 宛

(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和/平成 年 月 日生		
現 住 所	〒 -		
連絡先	自宅電話：		
	携帯電話：		
	E-mail：		
出身大学及び 卒 業 年 次	大学 学部 (平成 年 月 日 卒業)		
初期研修先病院名			
大学院の希望の有無	あり・なし		
	当科では大学院の入学を推奨しています		
見学希望の有無	あらかじめ見学も可能です。時期について教えてください。 希望（あり・なし） 希望時期： 月 日（頃）		
その他希望事項	（ご自由にご記載ください）		