

令和 2 年度採用

東京医科大学茨城医療センター 後期臨床研修願書

令和 年 月 日現在

受験番号
(事務局記入欄)

写真貼付欄
縦 4cm×横 3cm

背景無地
脱帽正面像
3ヶ月以内撮影
写真裏面氏名記入

ふりがな				性別	生 年 月 日	
氏 名	Ⓜ			男・女	昭和・平成 年 月 日生 (満 才)	
現住所	〒 _____ - _____ 自宅電話： _____ () _____ 携帯電話： _____ () _____ E-mail (携帯電話不可)： _____					
保証人 (父兄)	〒 _____ - _____					TEL ()
	氏 名			Ⓜ	本人との 関係	FAX ()
通知文書等 送付先住所	・現住所 ・保証人 ・その他 (右に記入)		〒 _____ - _____			
年(西暦)	月	学歴 (高校入学から記入) ・ 職歴 ・ 臨床研修歴				
志望動機						

- 希望プログラムのいずれかに○をつけてください
 - () 内科 東京医科大学茨城医療センター内科専門医プログラム
 - () 麻酔科 東京医科大学茨城医療センター麻酔科専門研修プログラム
 - () 皮膚科 東京医科大学茨城医療センター皮膚科研修プログラム
- 内科を選択した場合、希望コースのいずれかに○をつけてください。
 - () サブスペシャリティ重点コース 1
 - () サブスペシャリティ重点コース 2
 重点コース 2 の場合、いずれかに○をつけてください。
 (呼吸器・消化器・循環器・腎臓・代謝内分泌・神経・感染症)