

令和9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9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）： FAX： 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「産婦人科コース」 () プログラムB () プログラムE「小児科コース」 () プログラムC () (希望順に①、②、③、④、⑤をつけてください。(①が高い希望) 必ずしも⑤番まで記入する必要はありません。) | | |
| 選考 (面接) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 令和8年8月19日(水) (申込〆切8月 3日(月)) () ・ 令和8年8月26日(水) (申込〆切8月10日(月)) () ・ 令和8年9月 1日(火) (申込〆切8月17日(月)) () (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総務グループ臨床教育・国際担当
〒036-8563 弘前市本町5-3 TEL：0172-39-5178 FAX：0172-39-5189