

## 札幌医科大学附属病院後期臨床研修医願書

令和 年 月 日

札幌医科大学附属病院後期研修医を志望しますので、次のとおり申請します。

- 専門研修プログラム専攻医  
 専門研修プログラム専攻医以外( )

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
現住所	〒		
連絡先	(電話) — —	(携帯) — —	
	( E-mail)		
現在の勤務先	(病院名等) (所在地) 〒 (電話番号) — —		
出身高校	高校 年 月 卒業		
出身大学	大学 年 月 卒業		
医師免許	年 月 日 取得 (医籍登録番号 )		
初期臨床研修	プログラム令和 年 月修了・修了見込		
志望診療科(部)	科・部		
希望コース	<input type="checkbox"/> 大学院コース <input type="checkbox"/> 研究生コース (学位取得を目指す) <input type="checkbox"/> 研究医コース (学位取得は目指さない)		

下記項目の該当する方に丸印をつけてください。

わたくしは、地域卒卒医師 (いわゆる修学資金の貸付を受けた、後期研修期間中に、指定された地域や病院での従事が必要など) [                      です                      ・                      ではありません                      ]。