

宮崎大学医学部附属病院臨床研修医登録申請書

平成 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

下記により宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムへ登録を申請いたします。

ふりがな			生 年 月 日	6か月以内の写真
氏 名			昭和 ・ 平成 年 月 日 年齢 歳	写 真 4cm×3cm
性 別	男 ・ 女	本 籍	都 道 府 県	
住 所	〒			
電話（自宅）			電話（携帯）	
E-mail	@			(携帯メールは不可)
学 歴 〔 高等学校 卒業以降 を記入の こと 〕	年 月	学校名・学部学科名及び卒業・修了等の別		
	昭和 平成 年 月	高等学校卒業		
	昭和 平成 年 月			
	昭和 平成 年 月			
	昭和 平成 年 月			
	昭和 平成 年 月			
プログラム	希望するプログラムの（ ）に希望順位をつけてください。一つのみでも可。 （ ） 自主デザイン研修プログラム （ ） 小児科研修重点プログラム （ ） 産婦人科/周産期研修重点プログラム			
面接希望日	11月19日（水）			

※裏面の志望動機を必ずご記入ください。

この登録申請書及び成績証明書を期限までに下記宛に郵送（簡易書留）もしくは持参して下さい。

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200 宮崎大学医学部 総務課 卒後臨床研修係
TEL:0985-85-1864 FAX:0985-85-3101 E-mail:sotugo@med.miyazaki-u.ac.jp

