

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

年 月 日

院長 殿

日本医科大学付属病院  
令和9年度 基礎研究医プログラム研修医採用願

私は、貴院の基礎研究医プログラムで臨床研修を行いたいので、研修医として採用して下さいますよう、お願いいたします。

|       |   |        |   |
|-------|---|--------|---|
| ふりがな  |   | 性      | 印 |
| 氏名    |   | 男<br>女 |   |
| 生年月日  | 平成 年 月 日生 ( 才)                                    |        |   |
| 出身大学  | 大学名<br>年 月 日 卒業・見込                                |        |   |
| 地域枠有無 | 地域枠学生に係る臨床研修期間中の従事要件等 あり ・ なし<br>(どちらかを○で囲んでください) |        |   |