| 受 付 番 号 | |
|---|---|

令和　　年　　月　　日

院 長　殿

# 日本医科大学付病院
# 令和６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、研修医として採用くだ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>（どちらかを〇で囲んでください） | | |