様式 1

・希望（応募）する研修プログラムに **○印** をつけてください。

・併願を希望する場合は、**希望順位「①～⑤」**をつけてください。

希 望

|  |  |
| --- | --- |
|  | 福岡大学病院　研修プログラム ２０２６（基本） |
|  | 福岡大学病院　小児科研修プログラム ２０２６ |
|  | 福岡大学病院　産婦人科研修プログラム ２０２６ |
|  | 福岡大学病院　広域連携型研修プログラム ２０２６ |
|  | 福岡大学筑紫病院　研修プログラム |

　**臨床研修願書**

　令和 　 年　　月　　日

病院長　殿

私は貴院での臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ提出いたします。

また、「医師臨床研修マッチング協議会（ＪＲＭＰ）」への「マッチング参加登録済」であることを別添「様式４」のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 印 |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　 年　　　 月　　　 日生（　　　　　歳） |
| 出身大学 | 大　学平成・令和　　　　年　　　　月　（　卒業見込・卒業　） |

|  |
| --- |
| **【 選考試験関係通知等の送付先について 】**※下記何れかの希望する送付先に✔印をつけてください。□　**現住所**□　**緊急連絡先（父母等）** |