東北大学病院　総合診療ステップアッププログラム申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ ふりがな ）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　） | 生年  月日 | 西暦  　　　年　　月　　日生  　　　　　 （満　　　歳） | | 写  真  貼  付 |
| 自宅住所 | 〒　　－ | | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | | | |
| メールアドレス | （諸連絡に使用しますので必ず記載願います。注：キャリアメール不可）  　　　　　　＠ | | | | |
| 所属先住所 | 〒　　－ | | | | |
| 所属先名 | （医師の方は所属部署まで詳細に記載願います） | | | | |
| 職　種 | * 医　師　　 　　□ 医学生 | | | | |
| 職　名 | （医師の方は職名、学生は学年を記載願います） | | | | |
| 希望コース | * 一般コース　　 □ アドバンスコース | | | | |
| 【現在 医師の方】  □初期研修医　□専攻医（プログラム名：　　　　　　　 　　　　）  □病院勤務　　□開業医　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  医籍登録年月日（　　　年　　　月　　　日）　医籍登録番号（第　　　　　　　号） | | | | | |
| 最終学歴 | 西暦　　　年　　月 | | | 卒業・卒業見込  修了・修了見込 | |
| プログラム希望理由 |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 上記のとおり相違ありません  西暦　　　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印） | | | | | |

※自宅住所、連絡先等記載の内容に変更が生じた場合は、速やかに申し出願います。

(1)申請書類等

1プログラム申込書

2最終学歴の次のいずれか一つ

・卒業証書の写し ・卒業証明書 ・学位記の写し 等

(2)申請書類等の提出方法及び提出先

申請書類等を封筒に入れ、必ず書留郵便にて送付してください。

【提出先】

〒980‐8574  
宮城県仙台市青葉区星陵町 1 番 1 号

東北大学病院総合地域医療教育支援部内

総合診療ステップアッププログラム事務局

(TEL:022-717-7587)

（3）個人情報保護

申込みに当たってお知らせいただいた氏名、住所その他の個人情報については、

選考、選考結果、手続及びプログラム受講生の受講管理業務、その他これらに付随する業務のみを 行うために本学において使用します。

また、取得した個人情報は適切に管理し、使用目的以外には使用しません。