



# 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	<input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 一般コース <input type="checkbox"/> アドバンスコース			
<b>【現在 医師の方】</b> <input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 専攻医 (プログラム名： ) <input type="checkbox"/> 病院勤務 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 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 最終学歴の次のいずれか一つ

・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び提出先

申請書類等を封筒に入れ、必ず書留郵便にて送付してください。

【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だいた氏名、住所その他の個人情報については、選考、選考結果、手続及び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。