2027 年度　東京科学大学病院基礎研究医プログラム願書

（西暦）　　年　　月　　日

東京科学大学病院　病院長　殿

申請者氏名　　㊞

下記により 2027 年度開始　基礎研究医プログラムに応募いたします。

ふ り が な			
氏　　名			
生年月日・性別	（西暦）　　年　　月　　日 生　（満　　歳）		男 ・ 女
メールアドレス			
出身大学	大学　（西暦）　　年　　月　（卒業・卒業見込）		
研究者養成コース参加の有無	東京科学大学医学部医学科の研究者養成コースに参加していますか		□はい　□いいえ
地域枠の確認	自治体等から修学資金等の貸与（いわゆる地域枠）を受けていますか		□はい　□いいえ
	「はい」の場合	臨床研修を行える病院や地域に制限がありますか	□はい　□いいえ
		修学資金等の提供元（自治体等）に確認しましたか	□はい　□いいえ
採用内定時に関する確認事項	基礎研究医プログラムに採用内定した場合、通常の臨床研修マッチングへの参加は国の規程に基づき不可となり、プログラムに採用内定した旨を厚生労働省医政局医事課に当院より情報提供ことを求められています。本件について同意頂けますか		□同意する

所属予定分野	
当プログラムへの 志望動機 （400 字程度）	

所属予定分野長確認欄 （署名・押印）　　㊞

※「申請者氏名」及び「所属予定分野長確認欄」の押印は自署の場合省略可。