

年 月 日

東北大学病院長 殿

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日

社会医学系専門研修コース受講申込書

貴学社会医学系専門研修コースを受講したいので、下記のとおり申し込みます。

記

最終卒業学校	
現職 ※大学院生の 場合は学籍番 号を記載	
資格認定 コース名	社会医学系専門研修コース
履修期間	自 2025年 4月 1日 至 2027年 3月31日
履修理由	

(注) 申し込みは社会医学系専門研修コースごとに別葉とすること。