**臨床医学の献体利用を推進する専門人材養成プログラム 受講申込書**

北海道大学大学院　医学院長　殿

20 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学生番号（本学学生のみ） |  | 英文表記（氏名） |
| 出身大学 |
|  |
| 所属 |
| TEL.  | E-mail address |

|  |
| --- |
| **履　修　計　画** |
| **科目名** | **単位数** | **履修確認（〇をつけてください）** |
| 臨床医学・外科解剖セミナー | 1 | 今年度履修　来年度履修 |
| 外科教育概論 | 1 | 今年度履修　来年度履修 |
| 臨床解剖概論 | 1 | 今年度履修　来年度履修 |
| 医療機器開発概論 | 1 | 今年度履修　来年度履修 |
| CST実習（臨床解剖実習） | 1 | 今年度履修　来年度履修 |

**※この申込書に必要事項を記入して、CCRPコンソーシアム事務局に提出してください。**

E-mail: cast\_jimu@med.hokudai.ac.jp　　　　　　　　　　　電話/FAX：011-706-8810

この申込書は、ウェブサイト（https://cast.med.hokudai.ac.jp/） からもダウンロードできます。

以下事務局記入欄

受理日：　　　　　　　　受理番号：

志　望　理　由　書

氏名

受講したいと考えた動機、目的および修了後の希望などを800～1000 字程度で記入してください。

履　歴　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　20　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 写真貼付 |
| 生年月日 | 　　昭和平成　　　年　　　月　　　日生（満　　　才）　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） | 出願前３ヶ月以内に 撮影した正面向き上 半身無帽の写真を貼 付してください。（縦４㎝×横３㎝） |
| 現 住 所 | （〒　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　 携帯電話がある場合電話： |
| 年 月 日 | （学歴）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校卒業 |
|  |  大学　　　　　　学部　　　　　　　学科卒業 |
|  |  |
|  |  |
| 年 月 日 | （職歴・研究歴等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 医療関係等の各種免許取得状況記入欄 |
| 免 許 種 別 | 登 録 番 号 | 取 得 年 月 日 |
|  |  |  |
|  | 　 |  |
|  |  |  |
| 　　上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　20　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 |

職務経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ※該当者のみ提出してください。　 |
| 氏　　名 | 　　 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※本様式を適宜複写し使用してください。本様式に沿ってワード等で作成しても構いません。

※在職中の職務内容を入社から現在までの職務経歴の順に記入すること。