京都府立医科大学附属北部医療センター研修医出願書

ふりがな		性別	男・女
氏　　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
最終学歴	大学　　学部		
	平成　　年　　月　　日　　卒　業 卒業見込		
現住所	〒 電話番号		
登録希望コース	□ スタンダードプログラム 1年目、2年目とも北部医療センター □ ベーシックプログラム □ Aコース　1年目 北部医療センター 2年目 京都府立医科大学附属病院 □ Bコース　1年目 京都府立医科大学附属病院 2年目 北部医療センター □ Cコース　1年目 北部医療センター 2年目 協力病院 ※ 複数選択可。1年目修了時に変更可。		

貴病院研修医選考試験を受験したいので申し込みます。

令和　　年　　月　　日

京都府立医科大学附属北部医療センター病院長　様

氏名　　印