

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			
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
最終学歴	大学		学部
	平成・令和 年 月 日		卒業 卒業見込
現住所	〒 電話番号		
登録希望 コース	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ベーシックプログラム 1年目 たすきがけ協力病院 2年目 北部医療センター		

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