

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 E-mail		
登録希望 コース	<input type="checkbox"/> <b>スタンダードプログラム</b> 1年目、2年目とも北部医療センター  <input type="checkbox"/> <b>ベーシックプログラム</b> 1年目 たすきがけ協力病院又は北部医療センター 2年目 1年目と異なる方		

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