

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・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"/> 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