

京都府立医科大学附属北部医療センター研修医選考試験出願書

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	学科
	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	<p>※希望コースの□に✓印を記入し、②はたすきがけ希望年次を選択</p> <p><input type="checkbox"/> ①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</p> <p><input type="checkbox"/> ②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 →たすきがけ希望年次： <input type="checkbox"/> 1年目 ・ <input type="checkbox"/> 2年目</p>		

貴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