

京 都 府 立 医 科 大 学 附 属 病 院 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	
	年 月 日		卒 業 卒業見込	
連絡先 (受験票の 送付を希望 する住所)	〒			
	電話番号:			
	メールアドレス:			
マッチング 登録希望 プログラム ※マッチング を希望する プログラムの □にチェック してください。 (複数選択可)	☐ 1 スタンダードプログラム(Aコース) :1年目大学 2年目大学又は協力病院 ☐ 2 スタンダードプログラム(Bコース) :1年目協力病院又は大学 2年目大学 ☐ 3 周産期(小児科)重点プログラム :1年目大学又は協力病院 2年目大学 ☐ 4 周産期(産科)重点プログラム :1年目大学又は協力病院 2年目大学			

貴大学附属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病院長 様

氏 名

印