

〈記入例〉

京 都 府 立 医 科 大 学 附 属 病 院 後 期 専 攻 医 申 込 書

ふりがな	い だ い は な こ		
氏 名	医 大 花 子		性別 男 ● 女
	※旧姓使用を希望する → ☒ (✓をつけて下さい) 旧姓:(丸 太 町 (読み: ま る た ま ち))		
生 年 月 日	昭 和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平 成		
最 終 学 歴	京 都 府 立 医 科 大 学 医 学 部		
	昭 和 〇〇 年 3 月 卒 業 平 成 〇〇 年 〇 月 〇 日 修 了 令 和 〇〇 年 〇 月 〇 日 中 退		
研修希望科名	〇〇〇〇〇 科 部		
医 籍 登 録	番 号	年 月 日	
	第 〇〇〇〇〇 号	平 成 〇 年 〇 月 〇 日	
専門研修 プログラム名	〇〇〇〇〇病院〇〇科専門研修プログラム		
現 住 所	〒602-0841 京 都 市 上 京 区 〇〇 町 465-11 電 話 番 号 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		

所定の「旧姓使用承認申請書」に
戸籍上の氏を改めたことを証する
書類を添付して提出してください。

貴 大 学 附 属 病 院 後 期 専 攻 医 と し て 卒 後 臨 床 専 門 研 修 を 受 け た い の で 、
関 係 書 類 を 添 え て 申 し 込 み ま す 。

令 和 〇〇 年 〇 月 〇 日

京 都 府 立 医 科 大 学 附 属 病 院 長 様

氏 名 医 大 花 子 印