

京都府立医科大学附属病院基礎研究医プログラム研修医出願書

ふりがな	いだい はなこ		
氏 名	医大 花子		性別 男・女
生 年 月 日	昭和・平成〇〇年 〇〇 月 〇〇 日		
最 終 学 歴	〇〇 大学 医 学部		
	令和 7 年 3 月 日		卒 業 卒業見込
連絡先 (受験票の 送付を希望 する住所)	〒 602-8566 京都市上京区梶井町1番地ハイツ広小路		
	電話番号: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	メールアドレス: xxxxx @ xxxx.xx.jp		
ローテート希望する基礎医学分野(教室)に○をつけてください。 【複数選択可】	・分子標的予防医学 ・地域保健医療疫学 ・法医学 ・ゲノム医科学 ・分子生化学 ・生体構造科学 ・生体機能形態学 ・細胞生理学 ・統合生理学 ・細胞分子機能病理学 ・分子病態病理学 ・免疫学 ・病態分子薬理学		

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 〇 年 〇 月 〇 日

京都府立医科大学附属病院長 様

忘れずに押印してください。

氏 名

医大 花子

印