

京都府立医科大学附属病院研修医出願書

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
	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)	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	3 広域連携型プログラム(Cコース)	:1年目大学 2年目前半大学・後半協力病院(府外)
	<input type="checkbox"/>	4 広域連携型プログラム(Dコース)	:1年目大学 2年目前半大学・後半協力病院(府内)
	<input type="checkbox"/>	5 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
	<input type="checkbox"/>	6 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
地域枠 ※地域枠生は□に チェック してください。	<input type="checkbox"/>		

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