

〈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		
	平成 〇〇 年 3月 卒業 令和 修了 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 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465 電話番号 075(251)5233		
国籍		在留資格	

貴 大 学 附 属 病 院 後 期 専 攻 医 と し て
関 係 書 類 を 添 え て 申 し 込 み ま す。

令和 〇〇年 〇月 〇〇日

京 都 府 立 医 科 大 学 附 属 病 院 長 様

氏 名

医大 花子

印

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。

外国籍の方は国籍と在留資格を記載し
てください。
また、併せて在留カードの写しを提出してく
ださい。
※日本国籍の方は記載不要。