

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