

## 記入例

## 京都府立医科大学附属病院研修医出願書

ふりがな	かわらまち たろう	性別	男女
氏名	河原町 太郎		
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
最終学年	京都府立医科 大学 医 学部		
	令和 9年 3月 〇日 卒業 卒業見込 「日」が不明の場合は、記入不要		
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: 090-0000-0000		
	メールアドレス: xxxxx@xxxx.xx.jp		
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 checked="" type="checkbox"/> 1 スタンダードプログラム(Aコース) :1年目大学 2年目協力病院又は大学 <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年目協力病院又は大学 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年目協力病院又は大学 2年目前半大学・後半協力病院(府内) <input checked="" type="checkbox"/> 5 周産期(小児科)重点プログラム :1年目協力病院又は大学 2年目大学 <input type="checkbox"/> 6 周産期(産科)重点プログラム :1年目協力病院又は大学 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 8 年 〇〇 月 〇〇 日

京都府立医科大学長 様

忘れずに押印してください。

氏名 河原町 太郎

印