※ 受験番号

※欄は記入しないこと

令和9年度採用奈良県立医科大学附属病院臨床研修医（基礎研究医プログラム）
選考試験願書 および 採用申請書

令和　　年　　月　　日

奈良県立医科大学附属病院長　殿

私は、令和9年度採用奈良県立医科大学附属病院臨床研修医（基礎研究医プログラム）選考試験の受験を申し込みます。
なお、当プログラムに内定した際には、奈良県立医科大学附属病院の研修医として勤務することを誓約します。

3ｃｍ × 4ｃｍ
3 ケ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真（写真票の写真と同一のもの）をこの欄に貼付すること

ふりがな		性 別
氏　名（自署）		男 ・ 女
生年月日（西暦）	年　　月　　日生	
現住所	〒（　　－　　）	
帰省先	〒（　　－　　）	
電話番号		
メールアドレス		
出身大学	大学	（西 暦） 年 卒業・卒業見込み
配属希望 基礎医学講座		
地域枠 （該当者のみ記載）		
従事要件 （該当者のみ記載）		
過去に初期臨床研修を受けた経験	□なし □あり （研修施設名：　　）※	

※過去に臨床研修を受けたことがある場合、未修了理由書や中断証の提出が必要です。