

※ 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

記載日

令和8年4月1日

3cm × 4cm

3ヶ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

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。

ふりがな	なら たろう	医師免許申請時の表記としてください。(異字体に注意)	性別
氏名(自署)	奈良 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日(西暦)	2002年4月8日生		
現住所	〒(634-8522) 奈良県橿原市〇〇町××番地	今後の郵便物の送付先となります。詳細に記入し、変更があった場合はただちに連絡してください。	
帰省先	〒() 同上	現住所と同じ場合は「同上」と記載	
電話番号	090-1111-1111		
メールアドレス	nara840@naramed-u.ac.jp	ゼロ・オーヤハイフン・アンダーバーなど、丁寧に記載してください	
出身大学	〇〇県立医科 大学	2027年 卒業・卒業見込み	
配属希望 基礎医学講座	〇〇〇〇		奈良県の場合は、「緊急医師確保枠」の学生のみ記入してください。
地域枠 (該当者のみ記載)	〇〇県〇〇枠		
従事要件 (該当者のみ記載)	〇〇県に所在する臨床研修病院にて臨床研修を行い、〇〇県知事が指定する医療機関において〇〇年間勤務を行う。		
過去に初期臨床研修を受けた経験	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。