

(記載例)

※ 受験番号

※欄は記入しないこと

令和6年度奈良県立医科大学附属病院臨床研修医
選考試験願書 および 採用申請書

令和5年〇〇月〇〇日

記載日を記入してください。

奈良県立医科大学附属病院長 殿

私は、奈良県立医科大学附属病院の令和6年度臨床研修医選考試験の
受験を申し込みます。

なお、医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した際には、奈良
県立医科大学附属病院の研修医として採用願いたく、申請いたしま

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

医師免許申請時の表記としてください。

(異字体に注意)

ふりがな	い だ い た ろ う			性別
氏名(自署)	医 大 太 郎			男・女
生年月日(西暦)	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日生			
現住所	〒(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇〇〇県〇〇〇〇市〇〇〇〇町〇〇-〇〇〇			今後の郵送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直ちに連絡してください。
帰省先	〒(-) 同上			
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			出願を希望するプログラムに、希望順に1~4の数字を記載してください。希望が1つの場合は、1と記載してください。
メールアドレス	nara0000000@naramed-u.ac.jp			
出身大学	〇〇〇〇大学	〇〇〇〇年 卒業・卒業見込み (西暦)		
マッチングユーザーID	Nmhp0000ab			参加登録用IDではありません!
希望プログラム(複数応募可能)	プログラムA 1	プログラムB 2	プログラムC1 3	プログラムC2 4
地域枠(該当者のみ記載)	〇〇県〇〇枠			奈良県の場合は、「緊急医師枠」もしくは「医師確保枠」の学生のみ記載。
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おいて研修を行い、〇〇県知事が指定する医療機関において〇〇年間研修を行う。			
受験希望日	第1回(7/22) ・ 第2回(8/26) ・ どちらでもよい			
Web登録フォーム登録日	令和〇〇年〇〇月〇〇日登録			
	* 右記のQRコードからWeb登録を行ってください。 本願書及び採用申請書の提出、Web登録の両方をもって申込完了となります。			