

(記載例)

※ 受験番号

※欄は記入しないこと

令和8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7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7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、申請いたします。

3c m × 4 c m

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			
帰省先	〒(-) 同上			
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
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			
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			
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 (7/19) ・ 第2回 (8/23) ・ 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			

「どちらでもよい」を選択した場合は、
当院で受験日を決定します。

※ 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。



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。

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。

参加登録用IDではありません！

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。