

※ 受験番号

※欄は記入しないこと

令和4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

記載日

令和3年〇月〇〇日

奈良県立医科大学附属病院長 殿

私は、令和4年度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 X 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

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		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-××××) 〇〇県××市××町〇〇-〇〇〇	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	〒(〇〇〇-××××) 〇〇県××市××町〇〇-〇〇〇		現住所と同じ場合は「同上」と記載
電話番号 (現住所・帰省先)	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		固定、携帯いずれでも可能
携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		上記と同じ場合は「同上」と記載
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇.co.jp		
出身大学	〇〇〇〇〇〇大学	〇〇〇〇年 卒業・卒業見込み	
配属希望 基礎医学講座	〇〇〇〇学講座		
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。		