

※ 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

令和 年 月 日

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4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。

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

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	年 卒業・卒業見込み (西暦)		
マッチングユーザーID				
希望プログラム (複数応募可能)	プログラムA	プログラムB	プログラムC1	プログラムC2
地域枠 (該当者のみ記載)				
従事要件 (該当者のみ記載)				
受験希望日	第1回 (7/24) ・ 第2回 (8/28)			
Web 登録フォーム 登録日	令和 年 月 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、Web 登録の両方をもって申込完了となります			