

※ 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6月17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	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)	1998年4月8日生		
現住所	〒(634-8522) 奈良県橿原市〇〇町××番地 フォレスト80 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@narmed-u.ac.jp		
出身大学	〇〇県立医科大学	2022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C 3 出願を希望するプログラムに、優先順位を記載
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」の学生のみ記入してください。		
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。		
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3年6月17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		