

令和 4 年度 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター一臨床研修医採用試験

受験申込書

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター一病院長 様

氏名

㊟

私は、名古屋市立大学医学部附属西部医療センター一臨床研修医採用試験を受験したいので、所定の書類を添えて申し込みます。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|-----------|---|--------|------------|---|---|----------|----|
| ふりがな | | 1. 男 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | 2. 女 | | 平成 | | (| 才) |
| 現住所〔〒 - 〕 | | | | | | | |
| 連絡先〔〒 - 〕 | | | | | | | |
| 受験票送付先 | 現住所 ・ 連絡先 ※受験日の1週間前頃に発送します。 | | | | | | |
| 携帯電話番号 | () - | 固定電話番号 | () - | | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| マッチング ID | | | | | | | |
| 出身大学 | 学校名 | 所在地(県) | 卒業(見込み)年月日 | | | | |
| | 大学 | | 令和 | 年 | 月 | 卒業・卒業見込み | |
| 受験希望日 | 1. 令和3年8月4日(水) 2. 令和3年8月25日(水) ※希望日に○を付けて下さい。 | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>(写真)</p> <p>6か月以内の脱帽、正面顔写真のこと。(4×3cm)</p> </div> <p>令和 年 月撮影</p> | | | |
| 希望するプログラム | 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター一臨床研修病院群医師臨床研修プログラム | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|------|--|
| 西部医療センター使用欄 (何も記入しないで下さい。) | | | |
| 受理年月日 | | 受験番号 | |
| 受験票交付年月日 | | 受験日 | |