

※ 受験番号	番
--------	---

平成 24 年度鹿児島市立病院臨床研修病院群

研修医選考試験受験申込書

鹿児島市立病院長 殿	受験希望日 (○で囲む)	第 1 希望	7 月 31 日 (日)・8 月 13 日 (土)		
		第 2 希望	7 月 31 日 (日)・8 月 13 日 (土)		
ふりがな			性 別	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           (写真欄)            (1)写真は申込書・受験票に添付してください。            (2)写真は申込前 3 か月以内のもの(上半身無帽 正面向縦 4cm 横 3cm)         </div>	
氏 名			男 ・ 女		
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)				
本 籍	都・道・府・県				
現 住 所	( ー )				
電話番号 (携帯含む)					
E-mail					
上記以外の の連絡先					
最終学歴	大学 昭和・平成 年 月 卒業 (見込)				
希望コース (○で囲む)	第 1 希望	A B C D	2 年目の選択科目として希望する診療科 (複数記入可)	内科系	
	第 2 希望	A B C D			
	第 3 希望	A B C D		外科系	
	第 4 希望	A B C D			

※欄は、記入しないでください。

私は、鹿児島市立病院臨床研修病院群研修医選考試験を受験したいので、関係書類を添付の上申し込みます。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_