

※ 受験番号	番
--------	---

令和4年度開始 鹿児島市立病院臨床研修病院群
初期臨床研修医選考試験 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	8月7日(土)・8月14日(土)
		第2希望	8月7日(土)・8月14日(土)
ふりがな			<p>(写真欄)</p> <p>(1)写真は申込書・受験票に添付してください。</p> <p>(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)</p>
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳) 平成		
現住所	(〒 -)		
電話番号 (携帯含む)			
E-mail			
上記以外の 連絡先			
最終学歴	大学 昭和・平成・令和 年 月 卒業(見込)		
受験する プログラム (複数選択可能)			

※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。なお、医師臨床研修マッチング協議会が実施する研修医マッチングには参加登録済みです。

令和3年 月 日

署名