

※ 受験番号	番
--------	---

令和6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6日(日)・8月20日(日)
	第2希望	8月6日(日)・8月20日(日)
オンライン面接		希望する ・ 希望しない

ふりがな			(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)
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	
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	希望のプログラムを○で囲んでください。併願の有無まで必ずご記入ください。 (併願を希望しない場合は第二・三希望の記載は不要です。)		
	【第一希望】 : 標準 ・ 成育医療 ・ 総合診療 ※当院の併願を(希望する ・ 希望しない)		
	【第二希望】 : 標準 ・ 成育医療 ・ 総合診療		
	【第三希望】 : 標準 ・ 成育医療 ・ 総合診療		

※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5年 月 日

署名