

| | |
|--------|---|
| ※ 受験番号 | 番 |
|--------|---|

令和7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（2次募集）

| | | |
|----------------|---|--------------|
| 鹿児島市立病院長 殿 | オンライン面接 | 希望する ・ 希望しない |
| ふりがな | <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 | | |
| 生年月日 | | |
| 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 | |
| 受験するプログラム | 昭和・平成・令和 年 月 卒業(見込) | |
| | 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おいて、どの研修施設ともマッチングしておりません。

令和6年 月 日

署名 _____