

平成 21 年度名古屋市立大学病院  
臨床研修プログラム 採用試験受験申込書

名古屋市立大学病院長 様

氏名



私は、名古屋市立大学病院臨床研修プログラム選考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	平成 年 月 日
フリガナ		1. 男 2. 女	生年月日	昭和 年 月 日生 ( 才)
氏 名				
現 住 所〔〒      -      〕				
電話 (      )      -				
携帯電話番号	(      )      -	FAX 番号	(      )      -	
E-mail 1 (必須)				
E-mail 2 (予備)				
出身大学	学校名	所在地(県)	卒業(見込み)年月日	
	大学		平成 年 月 卒業・卒業見込み	
受験希望日	1. 平成 20 年 7 月 29 日(火) 2. 平成 20 年 8 月 26 日(火) 3. 平成 20 年 9 月 27 日(土) ※第 1 希望日に◎, 第 2 希望日に○を付けて下さい。			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>(写真)</b></p> <p>6 か月以内の脱帽、正面顔写真のこと。(4 × 3 cm)</p> </div> <p style="text-align: right;">平成 年 月撮影</p>
希望するプログラム	受験者はマッチングにおいて名古屋市立大学病院臨床研修プログラム 1-6 の全てまたはその一部を対象に希望順位を登録することができます。			

臨床研修センター使用欄(※)			
受理年月日		受理(受験)番号	
受験日		受験会場	
受験票交付年月日			

※何も記入しないで下さい。