

## 令和 6 年度 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター臨床研修医採用試験

## 受験申込書

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター病院長 様

氏名

㊟

私は、名古屋市立大学医学部附属西部医療センター臨床研修医採用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 令和 年 月 日

ふりがな		1. 男	生年月日	昭和 年 月 日生
氏名		2. 女		平成 ( 才)
現住所〔〒 - 〕				
連絡先〔〒 - 〕				
受験票送付先	現住所 ・ 連絡先 ※受験日の1週間前頃に発送します。			
携帯電話番号	( ) -	固定電話番号	( ) -	
E-mail				
マッチング ID				
出身大学	学校名	所在地(県)	卒業(見込み)年月日	
	大学		令和 年 月 卒業・卒業見込み	
受験日程	第一希望に「1」、第二希望に「2」とご記入ください。			
	1. 令和5年8月22日(火)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>(写真)</p> <p>6か月以内の脱帽、正面顔写真のこと。(4×3cm)</p> <p>令和 年 月撮影</p> </div>	
	2. 令和5年8月29日(火)			
希望するプログラム	名古屋市立大学医学部附属西部医療センター臨床研修病院群医師臨床研修プログラム			

## 西部医療センター使用欄 (何も記入しないで下さい。)

受理年月日		受験番号	
受験票交付年月日		受験日	