

## 令和 7 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〔〒 ー 〕							
連絡先〔〒 ー 〕							
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	( ) ー	固定電話番号		( ) ー			
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。 (ご対応が難しい日程については空欄で提出ください。)						
	1. 令和6年8月6日(火)						
	2. 令和6年8月30日(金)						
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						
				(写真)			
				6か月以内の脱帽、正面顔写真のこと。(4×3cm)			
				令和 年 月撮影			

## 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	