

(別記様式第1号)

※受験番号

鹿児島市医師会病院 臨床研修病院群  
研修医選考試験受験申込書

鹿児島市医師会病院 院長 様

		※試験日	
ふりがな		性別	
氏名		男 ・ 女	
生年月日		<p>(写真欄)</p> <p>写真は申込書・受験票に添付してください。 写真は1ヶ月以内のもの(上半身・無帽・正面向・縦4cm・横3cm)。</p>	
本籍			
現住所			
電話	加入電話： 携帯電話：		
E-Mail			
上記以外の連絡先	氏名[		
	住所[		
	電話[		
最終学歴	[ ] 大学 平成・令和 [ ]年 卒業・見込		
選択科目として希望する診療科 (複数記入可)			

※欄は記入しないでください。

私は、鹿児島市医師会病院 臨床研修病院群研修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。

令和 年 月 日

氏名

印