

2024年度 南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター
研修医 選考試験願書

年 月 日

※受験番号

※欄は記入しないこと

3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した
正面上半身脱帽の写真
(受験票と同一のもの)

裏面に氏名を記入し、
この欄に貼付すること

南和広域医療企業団
南奈良総合医療センター院長 殿

私は、南和広域医療企業団 南奈良総合医療センターの2024年度研修医選考試験の受験を申し込みます。

なお、医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した際には、南和広域医療企業団 南奈良総合医療センターの規則等に従い勤務します。

願 出 者

住 所	〒		
ふりがな 氏 名	印		
生年月日	年	月	日生
性 別	男	・	女
連絡先	(自宅)	(携帯)	
メールアドレス			
出身大学			
卒業(予定)年月	年	月卒業(予定)	
地域枠 (該当者のみ記載)			
従事条件 (該当者のみ記載)			
試験希望日	・7月29日	・8月27日	・どちらでもよい