

平成 年 月 日

岡山大学病院長 殿

## 医師卒後臨床研修願

岡山大学病院において、卒後臨床研修を希望いたしますので、医員（研修医）として採用願いたく、所定の応募書類を添えて申し込みます。

ふりがな 氏 名			昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女
マッチング登録後 のユーザID			
現住所 (※連絡の際必要 となるため、e-mail まで、全て記載下さ い)	〒 (      -      ) 携帯電話：      -      - e-mail (携帯)： e-mail (PC)：		
緊急連絡先 (実家等)	〒 (      -      ) 電 話：      -      -		
出身大学及 び卒業年次	大学医学部      平成      年卒 (見込も含む)		
地 域 枠	地域枠等に該当する方はコース名をお書きください (      )		
医師免許証 (該当者のみ)	医籍登録： 平成      年      月      日      第      号		
試 験 日 希望の試験日を第1～ 第3希望まで枠内に数 字を記入して下さい	7月31日(火)	8月5日(日)	8月11日(土)      8月28日(火)
志望プログラム	受験希望プログラムに✓を付けてください。 複数プログラムを受験する場合は希望順位を (      ) 内に記載してください。 ※ART の箇所に✓をつけても、自動的に大学院受験を申し込んだ事にはなりません。 ART 希望の方は大学院担当までお問い合わせください。		
	(      ) 先進プログラム (      ) 小児科特別プログラム (      ) 産科婦人科特別プログラム： ※ <input type="checkbox"/> ART 大学院受験予定の方は✓を入れてください		
その他連絡事項			

\*希望をもとに試験日を調整して後日通知します。

受験申込者から取得する個人情報、岡山大学病院の研修医採用試験に利用するものであり、岡山大学病院以外の第三者には提供又は公表しません。