

令和5年度採用和歌山県立医科大学附属病院研修医願書(歯科口腔外科)

※ 記入しないこと

ふりがな		※
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
連絡先	携帯電話: - - TEL: - - E-mail :	
現住所	(〒 - )	
最終学歴	大学 平成・令和 年 月 (卒業・卒業見込)	

令和5年度採用和歌山県立医科大学附属病院研修医選考試験を受験したいので、関係書類を添えて出願します。

令和4年 月 日

公立大学法人 和歌山県立医科大学理事長 様

氏名(自署)

試験(面接)希望日を記入してください。試験日程は下記のいずれか1日です。

①7月12日(火)

②8月12日(金)

希望日	
-----	--

試験日連絡先(上記現住所以外へ送付の場合にのみ記入・どちらかの住所を返信用封筒の記載と合わせること)

(〒 - )

(TEL: - - )