※記入しないこと

ふりがな	*
氏 名	
希望する研修 プログラム	卒後臨床研修プログラム・小児科重点プログラム・産婦人科重点プログラム ※希望のプログラムを〇で囲んでください。
生年月日	西暦 年 月 日(歳)
連絡先	携帯電話: TEL: E-mail :
現住所	(〒 -)
最終学歴	大学
人和 。左连短田	西暦 年 月 (卒業・卒業見込) 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、関係書類を送えて

令和 8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 7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(オンライン面接)を希望します。