

〈記入例〉

京都府立医科大学附属病院前期専攻医申込書

ふりがな	いだい はなこ		
氏名	医大 花子		性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	※旧姓使用を希望する → <input checked="" type="checkbox"/> (✓をつけて下さい) 旧姓:(丸太町 (読み: まるたまち))		
生年月日	昭和 <input type="radio"/> 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 <input type="radio"/>		
最終学歴	京都府立医科 大学 医 学部		卒業 <input type="radio"/> 修了 <input type="radio"/> 中退 <input type="radio"/>
	昭和 <input type="radio"/> 〇 年 3 月 日 平成 <input type="radio"/>		
研修希望科名	〇〇 <input type="radio"/> 科・部		
医籍登録	番 号	年 月 日	
	第 〇〇〇〇〇 号	平成〇 年 〇 月 〇 日	
専門研修プログラム (※基本19領域のみ)	所属する専門研修プログラムの基幹施設 (○をつけて下さい)		
	(<input type="radio"/>) 京都府立医科大学附属病院 (<input type="radio"/>) その他施設(施設名:「 _____ 」)		
現住所	〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465 電話番号 075(251)5233		

所定の「旧姓使用承認申請書」に戸籍上の氏を改めたことを証する書類を添付して提出してください。

貴大学附属病院前期専攻医として本学で専門研修を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

他院を基幹施設とする専門研修プログラムに所属し、1年目の研修を京都府立医科大学附属病院で行う場合は、2行目に○をつけて下さい。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

京都府立医科大病院長 様

氏 名 医大 花子

印