

東京女子医科大学八千代医療センター
初期臨床研修医選考試験申込書

ふりがな	
氏名	
受験票送付先 住所	(〒 -) TEL - - 携帯電話 - -
E-mail	
大学名	
希望コース	○で囲んでください(併願可) 第一希望 基本・小児科・産婦人科 第二希望 基本・小児科・産婦人科
試験希望日	

以下の※欄は記入しないこと

東京女子医科大学八千代医療センター
卒後臨床研修プログラム

令和6年度採用

臨床研修医選考試験 受験票

受験番号	※
希望コース	○で囲んでください(併願可) 第一希望 基本・小児科・産婦人科 第二希望 基本・小児科・産婦人科
ふりがな	
氏名	
試験日時	月 日
試験会場	当院外来棟4階 会議室

【注意事項】

- ・試験日当日は、受験票を持参の上、会場へお越しください。
- ・その他、試験監督の指示に従ってください。

東京女子医科大学八千代医療センター
卒後臨床研修プログラム

令和6年度採用

臨床研修医選考試験 写真票

受験番号	※
希望コース	○で囲んでください(併願可) 第一希望 基本・小児科・産婦人科 第二希望 基本・小児科・産婦人科
ふりがな	
氏名	

写真貼付欄

4cm×3cm