

氏 名	試験希望日 11月6日(木)
<p>希望プログラムコースに○を付けてください。</p> <p>A. 基本コース ()</p> <p>B. 小児科専門コース ()</p> <p>C. 産婦人科専門コース ()</p> <p>D. 外科専門コース ()</p> <p>E. 地域によるプライマリ・ケア連携コース ()</p> <p>F. 足立医療センター連携コース ()</p> <p>併願の場合、第一希望・第二希望を記入してください。</p> <p>第一希望 ()</p> <p>第二希望 ()</p>	

マッチングID番号

※マッチング協議会から取得した、個人IDを記入してください。

仮契約書類の送付先住所

〒 ()

☐

履歴書記載の現住所を希望

※選考委員にて合議の結果、合格の場合には近日中に仮契約書類を発送いたします。
履歴書記載の現住所への発送をご希望される場合には、チェック欄に✓印を、
その他の住所を希望される場合には、送付先住所をご記入願います。

東京女子医科大学病院 初期臨床研修医受験票

試験日 令和7年11月6日(木)

受験番号	
氏 名	ふりがな

写 真

1. 縦50mm、横40mm
2. 本人単身 胸から上
3. 裏面のりづけ
4. 3か月以内に撮影

注意事項

1. 指定時刻までに試験会場に着席のこと。
2. 試験用紙には受験番号、氏名を記入すること。
3. その他は、試験監督の指示に従うこと。