

氏名	試験希望日 11月20日(水)
希望プログラムコースに○を付けてください。 A. 基本コース (○) B. 小児科専門コース () C. 産婦人科専門コース () D. 外科専門コース ()	

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 〒 (-)	<input type="checkbox"/> 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6年11月20日(水)

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。