

## 東京女子医科大学附属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		性別
氏名		男 ・ 女
受験票送付先 住所	〒 (          -          )  電話          -          -          携帯電話          -          -	
E-mail		
大学名		
希望プログラム	選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください (併願可) 第一希望 <input type="checkbox"/> 基本 ・ <input type="checkbox"/> 小児科 ・ <input type="checkbox"/> 産婦人科 第二希望 <input type="checkbox"/> 基本 ・ <input type="checkbox"/> 小児科 ・ <input type="checkbox"/> 産婦人科	
試験希望日	月                  日 (          )	
希望面接方法	選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 病院面接 ・ <input type="checkbox"/> Web面接	

以下の※欄以外についても記入をお願いします。

## 東京女子医科大学附属八千代医療センター 臨床研修医選考試験 受験票

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
希望プログラム	選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください (併願可) 第一希望 <input type="checkbox"/> 基本 ・ <input type="checkbox"/> 小児科 ・ <input type="checkbox"/> 産婦人科 第二希望 <input type="checkbox"/> 基本 ・ <input type="checkbox"/> 小児科 ・ <input type="checkbox"/> 産婦人科
試験日時	月                  日 (          )
試験会場	<input type="checkbox"/> 八千代医療センター <input type="checkbox"/> Web

写真添付欄

4 cm × 3 cm

◎ 受験票

- ・ 病院面接：受験票を持参し会場へお越しください。
- ・ Web面接：面接開始時にご提示いただきますのでお手元にご準備してください。