

氏 名	試験希望日 8/10 ・ 8/24
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 併願の場合、第一希望・第二希望を記入してください。 第一希望 () 第二希望 ()	

希望する試験日に○をしてください。ただし、希望者の偏りがあった場合は、調整させていただきます。

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。

受験票送付先住所
〒 (-)
自宅電話番号 (- -)
携帯電話番号 (- -)

※受験票は、応募データの入力が終わり次第、順次発送予定です。

東京女子医科大学病院 初期臨床研修医受験票 (併願：有・無)

試験日 ①令和6年8月10日(土) ②令和6年8月24日(土)

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カ月以内に撮影

- 注意事項
1. 指定時刻までに試験場に着席のこと。
 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。