

*受験番号	
-------	--

令和二年度 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター研修医選考試験願書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
鹿児島医療センター院長 殿

氏 名 印

独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター研修医選考試験を受験いたしたく、所定の書類を添付のうえ申請します。

(フリガナ) 氏 名	( 男・女 ) 昭和・平成 年 月 日生
現 住 所	〒 (      -      ) TEL (      ) - E-mail :
連 絡 先 (上記以外の連絡先がある場合記入)	〒 (      -      ) TEL (      ) - E-mail :
最 終 学 歴	大学 卒業 昭和・平成・令和 年 月 日 卒業見込
受験希望日	1. 令和元年 8 月 5 日 (月) 2. 令和元年 8 月 21 日 (水) * 受験を希望するお日にちに○をつけてください。