

※ 受験番号

令和2年度 国立病院機構熊本医療センター  
臨床研修医選考試験願書

令和 年 月 日

国立病院機構熊本医療センター院長 殿

願 出 者	現住所	(〒 - ) (Tel - - ) (携帯 - - )	
	E-mail:		
	ふりがな		性別
	氏名		男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
	最終学歴	大学 平成・令和 年 月卒業(見込)	

希望される研修プログラムに、希望順位をつけて下さい。

希望プログラム	プログラム名
	総合臨床研修プログラム
	プライマリケア臨床研修プログラム

令和2年度国立病院機構熊本医療センター臨床研修医選考試験  
を受験いたしたく、関係書類を添付の上申し込みます。

〈希望選考日〉希望する選考日を○で囲んで下さい

第1回 8月8日(木)

第2回 8月15日(木)

※欄は記入しないこと。

※ 受験番号

令和2年度 国立病院機構熊本医療センター  
臨床研修医選考試験願書

令和 年 月 日

国立病院機構熊本医療センター院長 殿

願 出 者	現住所	(〒860-0008) (Tel 096-353-1111) (携帯 - - ) 熊本市中央区二の丸 1-5	
	E-mail:	xxxx@△△△△.jp	
	ふりがな	くまもと たろう	性別
	氏名	熊本 太郎	男・女
	生年月日	昭和 平成 6 年 6 月 1 日 (24歳)	
	最終学歴	○○ 大学 平成 令和 2 年 3 月卒業(見込)	

希望される研修プログラムに、希望順位をつけて下さい。

希望プログラム	プログラム名
1	総合臨床研修プログラム
2	プライマリケア臨床研修プログラム

令和2年度国立病院機構熊本医療センター臨床研修医選考試験  
を受験いたしたく、関係書類を添付の上申し込みます。

〈希望選考日〉希望する選考日を○で囲んで下さい 第1回 8月8日(木) 第2回 8月15日(木)
---

※欄は記入しないこと。