平成２７年度採用　京都市立病院専攻医願書

太枠の中をすべてご記入ください。（＊欄は記入しないでください。）

受験番号	＊	記入日	年　月　日
希望診療科	科		
氏　　名	(ふりがな)		
	㊞ （　男　・　女　）		
生年月日	昭和　　年　　月　　日生		
現住所	〒　　－		
自宅電話番号 (携帯電話番号)	(自宅電話番号)（　　）　　－		
	(携帯電話番号)　　－　　－		
e-mail	@		
(緊急連絡先)	〒　　－		
	電話（　　）　　－ －		

写真票

３ｃｍ×４ｃｍ 3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真（裏面に氏名を記入すること）	受験番号	＊
	氏　　名	

学歴	学校名	修学期間		資格
		年　月　～　年　月		
		年　月　～　年　月		
		年　月　～　年　月		
免許	名称	取得日	発行者	記号・番号
		年　月　日		
		年　月　日		
経歴	会社・官公庁等の名称	所在地	就業期間	職務内容