岡山済生会総合病院

卒後臨床研修医師マッチング選考試験

受 験 申 込 書

岡山済生会総合病院長　殿

私は、下記の日程での受験を希望いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受験希望日（希望日に○を記入してください） | * 第1回目：令和6年7月27日（土）9：00～予定
* 第2回目：令和6年8月2日（金）14：00～予定
* 第3回目：令和6年8月9日（金） 14：00～予定
* 上記いずれの日程でもよい
 |
| ふりがな氏名 |  |
| 学校名 |  |
| 送付連絡先 | 住所：〒ＴＥＬ：Ｅ-mail： |

※受験応募〆切日：各受験日の2週間前必着