

※添付ファイルを受け取れるアドレスを入力してください。メールアドレスは 0/O(ゼロ/オー)・1/l(イチ/エル)・-/./_(ハイフン/ドット/アンダーバー)等の誤りを防ぐためよみを記入の事。
採用について研修センターより連絡する場合があります。

連携枠：研修期間の50%以上をシーリングのかかっていない他県で研修すること。
都道府県限定枠：研修期間の50%以上を予め限定された県(京大プログラムで静岡県と福井県)で研修すること。

記入例

※受験番号

※欄は記入しないこと。

令和7年度 京都大学医学部附属病院内科専門研修プログラム
専攻医 応募申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

写真貼付 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)

この欄内に貼付すること

京都大学医学部附属病院長 殿

令和7年度京都大学医学部附属病院内科専門研修プログラム専攻医に応募します。

ふりがな	きょうだい たろう		性別
氏名 (自署)	京大 太郎		男・女
生年月日	昭和・平成 〇年 〇月 〇日生		
現住所 (建物名, 部屋番号まで詳細に記入)	〒(×××-〇〇〇〇) 〇〇県××市××町〇番地〇マンション〇〇号室 TEL ×××- 〇〇〇 - 〇〇〇		
携帯電話	××× - 〇〇〇 - 〇〇〇		
メールアドレスよみ	いちぜろにえるいーていーいーあんだーばーじーおうあつとえむいーどつとえぬいーどつとじえい びー		
メールアドレス※	102lete_go@me.ne.jp		
緊急連絡先 家族氏名	京大 一郎		(本人との関係: 父)
緊急時連絡先 電話番号	TEL ××× - 〇〇〇 - 〇〇〇		
出身大学	〇〇 大学	平成・令和 〇〇年 〇月 卒業	
初期研修病院	1年目 〇〇 病院	2年目	△△ 病院
賞罰 (いずれかに〇)	なし・あり (具体的に:)		
希望するサブスペシャリティ診療科	〇〇〇内 科		
希望する研修枠 (いずれかに〇)	(〇)通常枠 ()連携枠(都道府県限定枠を除く) ()都道府県限定枠		

※添付ファイルを受け取れるアドレスを入力してください。メールアドレスは 0/O(ゼロ/オー)・1/l(イチ/エル)・-/./_ (ハイフン/ドット/アンダーバー)等の誤りを防ぐためよみを記入の事。
採用について研修センターより連絡する場合があります。

連携枠：研修期間の50%以上をシーリングのかかっていない他県で研修すること。
都道府県限定枠：研修期間の50%以上を予め限定された県(京大プログラムで静岡県と福井県)で研修すること。