年　　月　　日

大阪市立大学医学部附属病院長　様

臨　床　研　修　医　願　書

※　記入しないこと。

氏　　名	フリガナ	性別	受　験　番　号
	（自署）	男・女	※
希望する研修コース	Ⅰコース　・　Ⅱコース　・　Ⅲコース　・　Ⅳコース		

複数コース選択可、希望コースを〇で囲んでください。
（複数選択した場合は、マッチング登録時、研修プログラム（各コース）に希望順位をつける必要があります。）

自己推薦文

（600字以内で、志望動機ではなく、自己ＰＲを記入して下さい。）

150

氏　　名	フリガナ	受　験　番　号
	（自署）	※

300

450

600