

年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

3cm × 4cm 3ヶ月以内に撮影した 正面上半身脱帽の 写真 (写真票と同じもので 裏面に氏名を記入のこ と)

臨床研修願

大阪大学医学部附属病院医員(研修医)として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願ひします。

願 出 者	現住所	〒 (-) TEL - -
	メールアドレス	
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	昭和 : 年 月 日 男 ・ 女 平成 : (いずれかを○で囲んでください)
	連絡先 (帰省先・実家等)	〒 (-) TEL - - 携帯 - -
	出身大学及び 卒業年次	大学医学部 年卒(予定も含む)
医師免許証 (該当者のみ)	年 月 日 取得 第 号	

下記いずれかに印を付けてください

- 地域枠学生に
- 該当する
- 該当しない