**令和５年度 医師臨床研修マッチング**

様式 4

**ユーザーＩＤ連絡票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選考試験****実施希望日** | **※　下記の日程の中から選択してください** | **希望日程に○** |
| **○　令和 ５ 年 ８ 月 　９ 日 （水）** |  |
| **○　令和 ５ 年 ８ 月 １７ 日 （木）** |  |
| **受験番号** | **（記入不要）** |
| ふりがな |  |
| **氏　　名** |  |
| **出身大学** | 　　　　　　　　　　　　　　　　大学 |
| 平成・令和　　　年　　　月 （　卒業見込・卒業　） |

令和5年度 医師臨床研修マッチングプログラムに参加し、

下記のユーザーＩＤを取得したので届出ます。

※　原本を確かめながらご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **マッチング****ユーザーＩＤ** |  |