

令和 年 月 日

国立病院機構 神戸医療センター院長 殿

氏名 印 男・女

生年月日 昭和・平成 年 月 日

臨床研修医採用申請書

国立病院機構 神戸医療センター臨床研修医に採用願いたく、所定の書類を添えて申請します。
なお、採用された場合は、国立病院機構 神戸医療センター及び協力型臨床研修病院等の規則に従い勤務します。

本籍地 (外国人の場合は国籍を記入)	都道府県 (外国人の場合の国籍)	
現住所	郵便番号	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	住所	
	電話	
	携帯電話	
	Eメール	
実家等の 連絡先	郵便番号	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	住所	
	電話	
医籍登録年月日 及び登録番号 (既登録者のみ)	年 月 日登録	第 号
出身大学 (設置者は該当する □にチェックを入れる)	設置者	大学
	<input type="checkbox"/> 国立	
	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	
	年 月入学	年 月卒業・卒見込
将来の希望診療科 (未定の場合は、空欄 で構いません。)	第1希望	診療科名 []
	第2希望	診療科名 []
	第3希望	診療科名 []
	第4希望	診療科名 []
備考		