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

# 内科専攻医採用申請書

国立病院機構 神戸医療センター内科専攻医に採用願いたく、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連携施設等の規則に従い勤務します。

| | | |
|---|---|---|
| 本籍地<br>（外国人の場合は国籍を記入） | 都道<br>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<br>連絡先 | 郵便番号 | 〒□□□－□□□□ |
| | フリガナ | |
| | 住所 | |
| | 電話 | |
| 医籍登録年月日<br>及び登録番号<br>（既登録者のみ） | 平成　　年　　月　　日　登録 | 第　　号 |
| 出身大学<br>（設置者は該当する<br>□にチェックを入れる） | 設置者<br>□ 国立<br>□ 公立<br>□ 私立 | 大学 |
| | 平成　　年　　月　卒業 | |
| 初期臨床研修<br>修了施設<br>又は修了見込み施設 | | |
| 備考 | | |