

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

産婦人科専攻医採用申請書

国立病院機構 神戸医療センター産婦人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 (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)	令和 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	
	令和 年 月 卒業	
初期臨床研修 修了施設 又は修了見込み施設		
備考		