



※受験番号	1. 氏名 ふりがな	男 ・ 女	2. 生年月日 (昭和) 年 月 日 (満 歳) (平成)
3. 現住所 〒 () 電話 ()		写真 縦 4.0 cm 横 3.0 cm	
E-mail: @			
4. 受験票送付先（現住所以外に受験票の送付を希望される方のみ） 〒 ()			
5. 医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	平成 年 月 日
6. 最終大学名		卒業年月日	平成 年 月
7. 臨床研修病院名			
8. 学歴（高校卒業時から記入のこと）・職歴			
平成 年 月から			
平成 年 月まで			
平成 年 月から			
平成 年 月まで			
平成 年 月から			
平成 年 月まで			
平成 年 月から			
平成 年 月まで			
平成 年 月から			
平成 年 月まで			
9. 資格または免許の名称等		取得年月日	10. 医師という職業を選んだ理由
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
11. 西神戸医療センターを希望した理由・動機		12. 脳神経外科を選択した理由	
13. 今後の希望研究課題		14. 臨床研修中の業績	※受付印
		学会発表 回	
		論文発表 編	
		剖 検 症例	
以上のとおり相違ありません。また、試験合格後は、神戸大学医学部脳神経外科専門研修プログラムに登録します。			
平成 年 月 日 氏名			

申込書記入上の注意

1. 記載事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄以外はもれなく記入してください。
3. 記入はすべて本人の自筆によりインク又はボールペンを用い、楷書でていねいに書いてください。
数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入してください。
4. 現住所欄、連絡先欄には市区町村番地まで詳しく書いてください。
5. 学歴・職歴欄が足りない場合は、適切な用紙を補足して書いてください。
6. 申し込み後、記載内容に異動が生じた場合には必ず連絡してください。
7. 神戸大学医学部脳神経外科専門研修プログラムに登録する必要があります。
8. 試験の応募手続きとは別に日本専門医機構が定める諸手続きを行っていただく必要があります。

※本申込書は職員採用試験以外での目的では使用しません。