



令和9年度採用 採用試験申込書（専攻医）

※受験番号		1. 氏名 ..... ふりがな		男 ・ 女	2. 生年月日 昭和 平成		年	月	日（満 歳）
3. 現住所 〒（ ） 電話（ ）								写真 縦 4.0 cm 横 3.0 cm 申込前 3 ヶ月以内に撮影されたもの	
E-mail: @									
4. 申込区分 該当する区分の□にチェックする。内科プログラムの場合は診療科も記入する。		医科	□内科専門研修プログラム（診療科： 科）						
		歯科	□小児科専門研修プログラム □歯科口腔外科						
5. 医籍・歯科医籍		登録番号	第	号	登録年月日（和暦）	年	月	日	
6. 最終大学名					卒業年月日（和暦）	年	月	日	
7. 臨床研修病院名									
8. 学歴（高校入学時から記入のこと）・職歴（和暦）									
年 月から									
年 月まで									
年 月から									
年 月まで									
年 月から									
年 月まで									
9. 資格または免許の名称等				取得年月日（和暦）	10. 医師・歯科医師という職業を選んだ理由				
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日	12. 内科・小児科を選択した理由（医科申込者のみ）				
11. 西神戸医療センターを希望した理由・動機									
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。 令和 年 月 日 氏名									

裏面の注意事項をよく読んで記入してください。

# 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、記載内容に変更が生じた場合には必ず連絡してください。

**※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。**