

地方独立行政法人神戸市民病院機構
神戸市立医療センター西市民病院
平成30年度 臨床研修医申込書

平成 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院

病院長 山本満雄様

氏名 印

私はマッチングシステムに参加し、平成30年度臨床研修医に応募いたします。

希望する 選考試験日	・第1回 8月9日(水) ・第2回 8月16日(水) 希望日に○をつける				
ふりがな	写真 4cm×3cm				
氏名					
生年月日				昭和 ・ 平成 年 月 日	歳
ふりがな					
①現住所	〒 電話() -				
メールアドレス	(PCのメールアドレスをご記入ください。)				
②帰省先等 の連絡先	〒 電話() -				
最終大学名	卒業(見込) 年 月	平成 年 月			
将来希望 診療科	内科系 ・ 外科系				
年 月	学 歴※ ・ 職 歴				

※ 学歴は高校卒業時より記入してください。

氏名

神戸市立医療センター西市民病院を希望した理由・動機

将来希望する進路

受験票の送付先希望 *

①

・

②

* 試験日の1～2週間前に簡易書留にて受験票の送付を予定しております。送付先として希望されるご住所(左ページ①現住所又は②帰省先等の連絡先)いずれかに○をお願いします。