

神戸市立医療センター西市民病院
令和5年度 歯科専攻医申込書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院
病院長 有井滋樹様

氏名 _____ 印 _____

私は、令和5年度専攻医に応募いたします。

ふりがな				性別	□男 □女	写真 縦4cm 横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()	—	
受験案内の送付希望先*	① ・ ②					
* 試験日の1週間前に受験の案内文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(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。						
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年	月	日
在学・在職期間			学歴※・職歴			
年 月から 年 月まで						
年 月から 年 月まで						
年 月から 年 月まで						
年 月から 年 月まで						
年 月から 年 月まで						
年 月から 年 月まで						

※ 学歴は高校卒業時より記入してください。

当院を志望した動機	
自己PR、将来の志望等	
その他特記事項	
配偶者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養家族： 人 （うち小学校就学前児童： 人）
取得年月	資 格 ・ 免 許
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	