

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

令和9年度 臨床研修医申込書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院

病院長 中村一郎様

氏名

印

私はマッチングシステムに参加し、令和9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 7月28日(火) ・第2回 8月12日(水) 希望日に○をつける		
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 年 平成 年 月 日	歳	写真 4cm×3cm
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	令和 年 月	
将来希望診療科			
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週間前に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。