

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	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	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。