

平成 年 月 日

国立病院機構 神戸医療センター院長 殿

氏名 印 男・女

生年月日 昭和 年 月 日

後期研修医採用申請書

国立病院機構 神戸医療センター医員(後期臨床研修医)に採用願いたく、所定の書類を添えて申請します。
なお、採用された場合は、国立病院機構 神戸医療センターの就業規則等に従い勤務します。

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------|
| 本籍地 <small>(外国人の場合は国籍を記入)</small> | 都道 府県 <small>(外国人の場合の国籍)</small> | |
| 現住所 | 郵便番号 | 〒□□□□ - □□□□ |
| | フリガナ | |
| | 住所 | |
| | 電話 | |
| | 携帯電話 | |
| | Eメール | |
| 実家等の 連絡先 | 郵便番号 | 〒□□□□ - □□□□ |
| | フリガナ | |
| | 住所 | |
| | 電話 | |
| 医籍登録年月日 及び登録番号 <small>(既登録者のみ)</small> | 平成 年 月 日登録 | 第 号 |
| 出身大学 | 大学 | |
| | 平成 年 月 卒業 | |
| 専攻課程 選択 研修コース | | |
| 備考 | | |