

2024 年度採用臨床研修医採用試験応募申込書

申込日

年

月

日

兵庫医科大学病院 病院長 様

貴病院において下記プログラムにて研修いたしたく、別紙必要書類を添えて、2024 年度採用臨床研修医採用試験に応募いたします。

ふりがな 氏 名		性別 男 ・ 女	
西暦 年 月 日生 (満 才)			
希望するプログラム (複数ある場合は順位を明記)			
ふりがな 現住所 [受験案内等の郵送先住所を記入] 〒 (-)		電話 市外局番 ()	
ふりがな 連絡先 [上記住所以外に連絡のつく住所がある場合のみ記入] 〒 (-)		電話 市外局番 ()	
携帯電話		メールアドレス	
現在までに医師国家試験を受験した回数を記載してください。 _____ 回 受験年度 (_____ 年度、 _____ 年度、 _____ 年度、 _____ 年度、 _____ 年度)			
希望受験日: 2023年7月29日(土) ・ 2023年7月30日(日) ・ どちらでも可			
医学部地域枠推薦入学者:		該当する ・ 該当なし	
兵庫医科大学病院奨学生: (特定診療科医師養成奨学生(外科)・外科医師養成奨学生)		該当する ・ 該当なし	
外科専門医取得を目的とし、 外科へのローテーションを重点的に行いたい:		希望する ・ 希望なし	
各大学での奨学金(卒業後の就業義務あり)の有無:		あり ・ なし	

※厚生労働省の指導に基づき、医学部地域枠推薦入学者及び各大学の奨学金等で就業義務があることが判明した場合は、採用試験後であっても採用を取り消すことがあります

(西暦)年	月	学歴(高校入学から記入)・職歴・賞罰

注意事項

- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。
- 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書いてください。

兵庫医科大学病院

写真を貼る位置

- 縦 45mm
横 35mm
- 本人単身胸から上
- 裏面に氏名を記入し、のりづけ