平成　３０　年　６　月　１２　日

神戸大学医学部附属病院長　殿

医員（研修医）採　用　試　験　願　書

神戸大学医学部附属病院群の医員（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、神戸大学病院及び協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

フリガナ	コウベ　タロウ		性別
氏名（自署）	神戸　太郎		男・女
生年月日	昭和・平成　７　年　４　月　３０　日生　２４　歳（H31.4.1時点）		
国　籍	日本	在留資格	
現住所	〒 XXX-XXXX 〇〇県××市△△町〇ー〇　〇〇マンション〇〇〇号室 電　話：XXX ー XXXX ー XXXX		
連絡先	携帯電話：XXX ー XXXX		
	携帯メールアドレス	abcdefghijkl（エル）mnop（オー）_（アンダーバー）3210（イチ ゼロ）@docomo.ne.jp	
	PCメールアドレス	kobe-kenshu（ハイフン）.（ドット）@gmail.com	
帰省先等の緊急連絡先	〒 XXX-XXXX 〇〇県××市△△町〇ー〇 電　話：XXX ー XXXX		
出身大学	☑ 国立 ☐ 公立 ☐ 私立 〇　〇　大学	平成３１年　３月　卒業・卒見	
研修プログラム希望順位（□に１～４を記入）希望しないコースには×を入れる	第 1 希望　一般コース 第 × 希望　小児科医育成コース	第 2 希望　たすきがけコース 第 3 希望　産婦人科医育成コース	

年	月	学　歴（高等学校卒業以降の学歴を記入）
平成２５年	３月	〇〇立〇〇高等学校卒業
平成２５年	４月	〇〇大学医学部医学科入学
平成３１年	３月	〇〇大学医学部医学科卒業見込み

【氏名：　　神戸　太郎　　】

年	月	職　　歴
		な　し
年	月	賞　　罰
		な　し
年	月	免許・資格等
		な　し

神戸大学病院のプログラムを志望した理由

○○○