

受験番号： _____

(※受験者は記入しないこと)

(写 真)

独立行政法人

国立病院機構大阪医療センター 院長 殿

申 込 書

貴院の初期臨床研修プログラムを了承した上で、独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込めますので、よろしくお願ひします。

願 出 者	(フリガナ) 氏 名 生年月日	() 西 曆 年 月 日 生 □男 □女
	現住所	〒 (-) TEL - -
	メールアドレス	
	連絡先 (帰省先・実家等)	〒 (-) TEL - -
	希望プログラム	第一希望： <input type="checkbox"/> 一般プログラム / <input type="checkbox"/> 広域連携型プログラム 第二希望： <input type="checkbox"/> 一般プログラム / <input type="checkbox"/> 広域連携型プログラム / <input type="checkbox"/> 該当なし
	出身大学および 卒業年次	大学医学部 年卒 (予定も含む)
	現在の時点での 志望科	※選考には一切関係ございません。未定の場合はご記入いただかなくても結構です。
	大阪医療センター 志望理由	
	医師免許証 (該当者のみ)	西 曆 年 月 日 取得 第 号