

年 月 日

独立行政法人

国立病院機構大阪医療センター 院長 殿

(写 真)

## 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みますので、よろしくお願いします。

願 出 者	(フリガナ) 氏 名 生年月日	( ) 西暦 年 月 日生			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 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)	西暦	年	月	日取得	第	号