

令和 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、よろしくお願ひします。

|             |                       |  |
|-------------|-----------------------|--|
| 願<br>出<br>者 | (フリガナ)<br>氏 名<br>生年月日 | ( )<br>西暦 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|             | 現住所                   | 〒 ( - )<br>TEL - -   |
|             | メールアドレス               |  |
|             | 連絡先<br>(帰省先・実家等)      | 〒 ( - )<br>TEL - -   |
|             | 出身大学および<br>卒業年次       | 大学医学部 令和・平成 年卒 (予定も含む)   |
|             | 現在の時点での<br>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<br>志望理由      |  |
|             | 医師免許証<br>(該当者のみ)      | 西暦 年 月 日取得 第 号   |