

令和5年度兵庫県立こども病院フェロー採用願書

※受付番号			(写真貼付欄) 帽子をつけないで上半身 正面を撮った写真
提出年月日	令和 4年 月 日		
ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ		歳
現住所	〒 ー		
連絡先	電話番号	電子メールアドレス	
希望コース (○で囲む)	1 総合診療コース 2 救急コース 3 血液腫瘍コース 4 脳神経コース 5 新生児コース 6 集中治療コース		
医師免許	医籍登録 平成・令和 年 月 日 ・ 第 号		
資格	(認定医、その他)		
賞罰	1 なし 2 あり (内容)		

学歴（高等学校入学から記入）

年 月 日	
-------	--

【様式2】

臨床研修歴・勤務歴記入表

臨床 研修 歴・ 勤 務 歴	勤務期間	施設名	研修及び臨床内容(できるだけ具体的に記入願います)
	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)	
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		
平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	(指導者)		

※年号は該当するものを○で囲んでください。

【様式3】

志望理由記入表

【志望理由】（1,000字程度で記入願います。）

【様式4】

推 薦 書

氏名 _____

Blank area for the recommendation letter content.

推薦者 所属
職名
氏名

- 注) ・ 上司又は施設長等によりご記入をお願いします。
・ 研究業績及び人物評価に関する事項を含めてご記入をお願いします。
・ 推薦者の自署又は押印をお願いします。