

令和 8 年度兵庫県立こども病院専攻医採用願書

※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 7 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	「兵庫県立こども病院小児科専門医研修プログラム」		
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

[illegible]

【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。）

推 薦 書

氏名 _____

推薦者 所属 職名 氏名
--

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