

令和9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 8 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	メールアドレス	
希望コース (○で囲む)	1 集中治療科コース 2 総合診療科コース 3 総合診療科/リウマチ科コース 4 感染症内科コース 5 血液腫瘍内科コース 6 アレルギー科コース 7 循環器内科コース 8 新生児内科コース 9 神経内科コース 10 救急科コース 11 代謝内分泌内科コース 12 腎臓内科コース		
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

	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)
臨床 研修 歴・ 勤務 歴	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)	
	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 _____

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。