

令和6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6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	〒 —		
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 _____

<p style="text-align: center;">推薦者 所属 職名 氏名</p>

- 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。