

神戸大学外科専門研修プログラム申請書

2027（令和9）年4月研修開始

令和 年 月 日

神戸大学外科専門研修プログラムを
希望いたしますので所定の書類を添え申請いたします。

(フリガナ)

氏名 _____

男・女

西暦 年 月 日生 (満 歳)

写 真

3ヶ月以内に撮影したものを全面糊付けのこと。
(上半身、脱帽、正面写し、縦4cm・横3cm)

将来の志望科	1. 消化器外科 2. 乳腺内分泌外科 3. 心臓血管外科 4. 呼吸器外科 5. 小児外科 6.未定	
	志望順に番号を記載して下さい。志望科が決まっていない人は6と記載して下さい。	
志望研修施設	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	外科専門研修プログラム冊子P.4-5の「連携施設MAP」「連携施設一覧」を参考に記載して下さい。特にない場合は第1希望になしと記載して下さい。 ただし、志望病院での研修を保証するものではありません。	
面接希望日	11月15日（日）13時- 11月18日（水）18時-	
	上記の日程のうち出席可能な日に○をつけて下さい。両方出席可能な人はどちらにも○をつけて下さい。	
	両日とも不可能 → 【 】 ○を入れる	
現住所	〒	
	電 話 :	
	携帯電話:	
	Email:	
緊急連絡先	〒	
	電話 ()	