

神戸大学外科専門研修プログラム申請書

2024（令和6）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	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)
西暦	年	月	日生	(満歳)
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7日（火）18時-		11月12日（日）13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：			
緊急連絡先	〒			
	() -			