# 神戸大学外科専門研修プログラム申請書

## 2025（令和7）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。

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）

（フ リ ガ ナ）

氏　名　　男・女

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<br>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。<br>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8日（金）18時-　　11月10日（日）10時- | |
| | 上記の日程のうち出席可能な日に〇をつけて下さい。両方出席可能な人はどちらにも〇をつけて下さい。 | |
| | 両日とも不可能　→　【　　】〇を入れる | |
| 現住所 | 〒<br>電　話　：<br>携帯電話： | |
| 緊急連絡先 | 〒<br>（　　）　　- | |