

令和7年度採用姫路医療センター臨床研修医選考願書及び採用申請書

令和 年 月 日

番号(記入不要)

3cm×4cm
6ヶ月以内に
撮影した
正面上半身
の写真貼付

姫路医療センター院長 殿

令和7年度採用姫路医療センターの研修医選考を申し込みます。

なお、2024年度のマッチングにおいてマッチが成立した際には、姫路医療センターの研修医として採用を願いたく申請いたします。

おって採用された場合は、姫路医療センター並びに研修協力病院、研修協力施設の規則等に従い勤務いたします。

出願者 氏名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

性別 男・女

現住所

〒

携帯 TEL — —

自宅 TEL — —

E-mail @

出身大学

卒業年月 平成・令和 年3月 卒業予定・卒業

令和7年度採用姫路医療センター臨床研修医選考願書及び採用申請書

令和 年 月 日

番号(記入不要)

記載要領

3cm×4cm
6ヶ月以内に
撮影した
正面上半身
の写真貼付

姫路医療センター院長 殿

令和7年度採用姫路医療センターの研修医選考を申し込みます。

なお、2024年度のマッチングにおいてマッチが成立した際には、姫路医療センターの研修医として採用を願いたく申請いたします。

おって採用された場合は、姫路医療センター並びに研修協力病院、研修協力施設の規則等に従い勤務いたします。

押印願います。

出願者 氏名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

性別 男・女

現住所 〒 現住所は、確実に通知文書等が郵送されることを記入してください。
なお、提出後の変更があった場合は速やかに連絡願います。

携帯 TEL - -

自宅 TEL - -

E-mail 携帯電話とE-mailは確実に連絡のつくものをお願いします。
E-mailについては、メールアドレスによっては迷惑メールとなり、
双方ともに連絡が取れない場合もありますのでご注意ください。

出身大学

卒業年月 平成・令和 年 3月 卒業予定・卒業