令和５年度　独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター

内科専門研修プログラム選考試験出願書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構

鹿児島医療センター院長　殿

氏名

独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター内科専門研修プログラムでの専攻医選考試験を受験したく、所定の書類を添付のうえ出願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　　名 生年月日・性別 | 昭和・平成　　年　　月　　日生　　　歳　(男・女) |
| 現住所等 | 〒　　　－  　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　市・町・村    ℡（　　　　）　　　　－  Ｅ-mail： |
| 連　絡　先  （上記以外の連絡先がある場合記入） | 〒　　　－  　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　市・町・村    ℡（　　　　）　　　　－  Ｅ-mail： |
| 最終学歴 | 大学卒業  昭和・平成・令和　　年　　月　　日卒業 |

（添付書類）

□　履歴書（書式指定なし、6ヶ月以内に撮影した写真貼付）

□　臨床研修修了証または臨床研修終了登録証の写し

□　医師免許証の写し

□　保険医登録書の写し