

神戸労災病院院長 殿

3 x 4 cm
3ヶ月以内に撮
影した正面上半
身脱帽の写真
(受験票・写真
票と同じもの、
裏面に氏名を記
入のこと

研 修 医 採 用 申 請 書

(申請者) 年 月 日 氏名 印

神戸労災病院初期臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて
申し込みいたしますのでよろしくお願いいたします。

現住所	〒(-) 電話 - -	
ふりがな		
氏名	(男・女)	
生年月日	年 月 日	
受験希望日 (いずれかにチェック)	☐ 2023年 7月25日 (火) ☐ 2023年 8月 8日 (火)	
連絡先 (帰省先・実家など)	〒(-) 電話 - -	
出身大学	大学医学部 (年 月 卒業・卒業予定)	
メールアドレス (携帯電話番号)	@ - -	
マッチングID	(決まっている方のみ)	
希望コース チェックしてください	1年目 必須選択 (3ヶ月) * ・外科 (ヶ月) ・麻酔科 (ヶ月)	2年目自由選択 (8ヶ月間) ** 主診療科 (科) 副診療科 (科)

* 外科と麻酔科の合計が3ヶ月になるように2ヶ月、1ヶ月に分けて選んでください。
** 本院で研修できる診療科から現時点で希望する診療科を2つ（主と副）お書きください。
選択できる診療科は本院で研修できる診療科が原則です（診療科はホームページを参照）。

2024年度 神戸労災病院初期臨床研修医採用試験

受 験 票

3 x 4cm
3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真
(受験票・写真票と同じもの、裏面に氏名を記入のこと)

*試験日	
*受験番号	
氏 名	

* は病院で記入します

.....

2024年度 神戸労災病院初期臨床研修医採用試験

写 真 票

3 x 4cm
3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真
(受験票・写真票と同じもの、裏面に氏名を記入のこと)

*試験日	
*受験番号	
氏 名	

* は病院で記入します