

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 _____ TEL (_____) _____ - _____ 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 _____ TEL (_____) _____ - _____ 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