令和９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	〒＿＿＿ー＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿都・道・府・県　＿＿＿＿＿市・町・村 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL（＿＿＿＿）＿＿＿＿ー＿＿＿＿＿ E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連　絡　先 （上記以外の連絡先がある場合記入）	〒＿＿＿ー＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿都・道・府・県　＿＿＿＿＿市・町・村 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL（＿＿＿＿）＿＿＿＿ー＿＿＿＿＿ 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）※臨床研修終了予定者は不要

- □　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