西暦　　年　　月　　日

独立行政法人
地域医療機能推進機構大阪病院長　殿

写真貼付
申込前3ヶ月以内
に撮影されたもの
(ﾀﾃ4cm×ﾖｺ3cm)

初 期 臨 床 研 修 願

独立行政法人地域医療推進機構大阪病院の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。

ふりがな 氏名 生年月日	西暦　　年　　月　　日生　　男・女（いずれかを○で囲む）
現住所	〒(　　－　　) TEL　　－　　－ 携帯電話　　－　　－
連絡先 （帰省先等）	〒(　　－　　) TEL　　－　　－
メールアドレス	@
学歴・職歴 （高校以降の学歴・職歴をすべてご記入ください）	※学歴 高等学校　西暦　　年卒業 大学　西暦　　年入学　～　西暦　　年卒業・その他(　　) 大学医学部　西暦　　年入学　～　西暦　　年卒業・卒業見込 ※職歴 (　　)入社　西暦　　年　月　入学　～　西暦　　年　月(　　) (　　)入社　西暦　　年　月　入学　～　西暦　　年　月(　　) (　　)入社　西暦　　年　月　入学　～　西暦　　年　月(　　)
医師免許証 （既取得者のみ）	令和　　年　　月　　日取得　　第　　号
趣味・特技 所属クラブ等	
志望理由	
コース	大阪府地域医療重点プログラム （当院で1年9ヶ月、地域医療協力病院で3ヶ月の計2年間研修）
＊将来の希望診療科	第1希望　　第2希望 第3希望
大阪府地域枠対象学生の確認 該当する(　)内に○印を記入	1）大阪府の地域枠対象学生に該当し、当院で研修するにあたり問題がないことを確認していますか。 (　)はい　(　)いいえ 2）1)が「はい」の場合、勤務条件を具体的に記載すること。 ※ 1)が「はい」の場合は、地域枠等都道府県や所属大学等からの採用に関する承諾書を提出していただく場合があります。 また、虚偽の報告をした場合は採用を取り消す場合があります。

＊について注1）必ず第2希望までは記入して下さい。

注2）内科・外科については、専門領域も含めて記入して下さい。 例）内科（消化器内科）等