

## 専門研修申込に関する確認事項

この度は、市立伊丹病院専門研修にご応募頂きありがとうございます。  
試験等の連絡を円滑に行うため、下記についてご回答ください。

氏 名	
書類送付先住所	〒 -
連絡先電話番号	自宅  携帯電話  勤務先  <div style="text-align: right;">(内線 )</div>
連絡先FAX番号	( 自宅 ・ 勤務先 )
連絡先メールアドレス	PC  携帯電話
受験希望日 来院可能な日程をご記入ください。	第一希望            月            日    AM ・ PM 第二希望            月            日    AM ・ PM 第三希望            月            日    AM ・ PM

※ 申込書兼履歴書の年齢は、申込日現在の年齢をお書きください。

※ 受験申込に必要な書類

- 専門研修申込書兼履歴書（写真添付）
- 臨床研修申込に関する確認事項（本用紙）
- 医師免許の写し
- 臨床研修修了（見込み）証明書
- 抱負書（400字程度）

【問合せ先】

市立伊丹病院 総務課 人事研修担当  
Tel 072-777-3118（総務課直通）