



氏 名 \_\_\_\_\_

資 格 ・ 免 許	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
趣 味 ・ 特 技	

大阪市民病院機構での研修を希望する理由・動機	
これまで行ってきた主な臨床分野	
今後めざしたい臨床分野・専門分野	

**下記は、必ず自筆にて記載すること。自筆していない場合は申し込みを受け付けません。**

私は、募集要項の記載事項のすべてを了承のうえ、申し込みます。  
私は、募集要項に掲げる応募資格をすべて満たしており、この履歴書の記載事項はすべて事実と相違ありません。  
私は、この申込書の記載事項についての確認のため、当機構から関係先へ照会することに承諾します。

平成 年 月 日 氏 名 (自筆) \_\_\_\_\_

- 様式は変更しないでください。
- 黒インクまたは黒ボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
- 性別・元号は○でかこんでください。
- 両面印刷でない場合は、1枚目と2枚目を綴じ、割印を押印してください。