

カナは全角、英数字は半角で入力してください。また、「必須 *」は必須項目です。

個人情報

必須 * 氏名 漢字

姓
神戸

名
太郎

必須 * 氏名 フリガナ

セイ
コウベ

メイ
タロウ

(全角カナ)

性別

男性 女性 非選択

必須 * 生年月日



連絡先

※住所は番地まで正しく入力してください。
※連絡先は携帯電話番号を優先して入力してください。

郵便番号

自動入力

都道府県

必須 * 現住所

住所

住所フリガナ

電話番号

078

- 302

- 4321

携帯電話番号

-

-

メールアドレス

メールアドレス

hiroki_fujita@kcho.jp

メールアドレス(確認用)

hiroki_fujita@kcho.jp



現住所と同じ

郵便番号

自動入力

都道府県

選択してください



必須 * 緊急連絡先

住所

住所フリガナ

電話番号

最終学歴

※高校卒業時より記入してください。

必須 * 入学

年

月

必須 * 卒業

年

月

必須 * 学校名称

必須 * 学部・学科

必須 * 年制

選択してください

必須 * 区分

選択してください

学歴2

必須 * 入学

年

月

必須 * 卒業

年

月

必須 * 学校名称

必須 * 学部・学科

必須 * 年制

選択してください

必須 * 区分

選択してください

その他学歴

※空白（スペース）は1文字、改行は2文字でカウントされます。

0 / 500 文字

直近の職歴

2つ以上ある方は、古い方から登録してください。

勤務状況

勤務中 退職

入社

年

月

退社

年

月

勤務先名称

所属部署

職務内容

雇用形態

その他職歴

※空白（スペース）は1文字、改行は2文字でカウントされます。

0 / 500 文字

必要資格

令和5年3月に大学の医学部または医科大学を卒業見込みで、医師免許を取得見込みの方。なお、厚生労働省のマッチングシステムに参加している方に限ります。（既卒者でも、マッチングシステムに参加登録できる方の応募は可能です）

必須 *

必要資格を保有している

志望動機

神戸市医療センター中央市民病院を希望した理由・動機

※文字数に指定はありません。

必須 *

※空白（スペース）は1文字、改行は2文字でカウントされます。

0 / 9999 文字

将来希望する進路

※文字数に指定はありません。

必須 *

※空白（スペース）は1文字、改行は2文字でカウントされます。

0 / 9999 文字

マッチングID

必須 *

※空白（スペース）は1文字、改行は2文字でカウントされます。

0 / 20 文字

顔写真

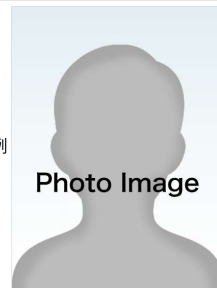


ここにファイルをドラッグアンドドロップするかクリックします

必須 *

顔写真ファイルの添付をお願いします。
※ファイル形式は 画像(JPG/JPEG) のみです。
※1ファイルあたりのファイルサイズは 3 MB までです。

顔写真例



添付ファイル



必須 * 大学卒業見込証明書

ここにファイルをドラッグアンドドロップするかクリックします

※ファイル形式は Excel、HTML、PDF、PowerPoint、Word、テキスト、画像(GIF/JPG/JPEG/TIFF) です。
※1ファイルあたりのファイルサイズは 3 MB までです。

必須 * 成績証明書



ここにファイルをドラッグアンドドロップするかクリックします

※ファイル形式は Excel、HTML、PDF、PowerPoint、Word、テキスト、画像(GIF/JPG/JPEG/TIFF) です。
※1ファイルあたりのファイルサイズは 3 MB までです。

入力内容を確認する