令和　　　年　　　月　　　日

**神戸市立医療センター中央市民病院　　臨床検査技師レジデント　応募用紙**

写真を貼る位置

縦4cm × 横 3cmの写真を

使用してください。

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名 |
| 年　　　　月　　　　日生　　（満　　　　歳）　　　　　　　性別　　男　 ・ 　女 |
| ふりがな |
| 現住所　〒 |
| 電話番号（携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス |

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月 | 学歴　・　職歴（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 年　　　月 | 免許　・　資格 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 志望動機 | 希望コースを○で囲む   1. 輸血・細胞治療コース 2. 造血器腫瘍検査コース 3. 細胞検査士コース 4. 臨床微生物検査・感染制御習得コース 5. 超音波診断（心臓）コース |