近　親　者　等　調　査　票

職員番号＿＿＿＿＿＿　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あなたの祖父母・父母・兄弟姉妹・叔父・叔母・義兄弟姉妹・配偶者・いとこで，現在，神戸市民病院機構職員，神戸市職員として勤務している方を，全て下記欄に記入してください。

氏　名	続　柄	職務内容	勤務場所（わかる範囲までで結構です）
例 神戸太郎	叔父	事務職員	神戸市民病院機構法人本部経営企画室