

平成 31 年度 滋賀医科大学医学部附属病院
 医員(専攻医)採用願書・プログラム採用願書(1)

平成 30 年 月 日

写真貼付 3cm x 4cm
 3 ヶ月以内に撮影した正
 面上半身脱帽の写真(裏面
 に氏名を記入)
 この枠内に貼付すること

滋賀医科大学長 殿

私はこの度、貴学医学部附属病院の医員(専攻医)または専門研修プログラム専攻医として採用願いたく、申請いたします。

ふりがな				
氏 名	(印)			
生年月日 性 別	昭 和 平 成	年 月 日生	性別	男 女
連 絡 先	住 所	〒(-)		
	電話番号	TEL - -	つながりやすい番号 をお書きください。	
		携帯電話 - -		
	E-mail	@		
医学生修学資金または 医師養成奨学金の貸与	1. なし 2. あり (名称:)			
希望する プログラム	() 科専門研修プログラム			
診療科等	科長・部長 (印)			

※応募に関してご提供いただきました個人情報等につきましては、プログラム責任者を通じて
 連携病院と共有させていただきますので、予めご了承ください。