

滋賀医科大学医学部附属病院

医員(専攻医)採用願書(3)

令和 年 月 日

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)として採用願いたく、申請いたします。

ふりがな													
氏名													
生年月日 性別	昭 平	和 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。					
	E-mail	@											
初期臨 床研修	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	病院等名称			
					～								
所属 プログラム	()病院 ()科プログラム 年採用												
職 歴	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	病 院 名			
					～								
					～								
					～								
					～								
採用希望日	令和 年 月 日												

※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。

本願書記載内容に相違ありません。

(署名)

㊞

※以下、病院研修係より依頼

診療科等	科長・部長	㊞
------	-------	---