

滋賀医科大学医学部附属病院  
プログラム採用願書・医員(専攻医)採用願書

令和 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<br>性 別              | 昭 和<br>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<br>をお書きください。 |     |
|                          |  | 携帯電話                      -                      - |                        |     |
| E-mail                   | @  |  |                        |     |
| 医学生修学資金または<br>医師養成奨学金の貸与 | 1. なし<br>2. あり (名称:                      ) |  |                        |     |
| 希望する<br>プログラム            | (                      ) 科専門研修プログラム        |  |                        |     |

以下、大学使用欄

|      |  |
|------|--|
| 診療科等 | 科長・部長 (印)                                |
| 備考   | 初年度は、院内・院外 (                      )にて勤務。 |

※1年目の勤務先が他院ではない場合は、当申請を医員(専攻医)採用願書として扱います。  
※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。