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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－携帯電話　　　　　－　　　　　　　　　　－ | つながりやすい番号をお書きください。 |
| 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 |

以下、大学使用欄

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