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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 3. あり（他府県）　（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 希望する  プログラム | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）科専門研修プログラム （※（ 　　　　　　　　　　　　）科）  ※内科もしくは外科専門研修プログラムを希望の場合、希望診療科名も併せてご記入ください。 | | | | |

以下、大学使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科等 | 科長・部長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※所属講座の長ではなく、所属診療科（部）の長名でご回答ください。 |
| 備　　　考 | 初年度は、院内・院外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）にて勤務。 |
| 連携B水準 | １．対象　　　　　・　　　　　２．対象でない |