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

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）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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 所　　　　属プログラム | （　　　　　　　　　　　　　　）病院 （　　　　　　　　　）科専門研修プログラム 　　年度採用（※（　　　　　　　　　　　　）科）※内科もしくは外科専門研修プログラムの場合、診療科も併せてご記入ください。 |
| 採用希望日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |

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。 |
| 連携B水準 | １．対象　　　　　・　　　　　２．対象でない |