平成 30 年度　滋賀医科大学医学部附属病院
医員採用願書（1）

平成 30 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	〒（　　ー　　）		
	電話番号	TEL　　ー　　ー 携帯電話　　ー　　ー		つながりやすい番号をお書きください。
	E-mail	@		
希望するプログラム	（　　） 科専門研修プログラム			
診療科等	科長・部長			㊞

※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。