

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)

記入例

平成 29 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	しがいか たろう			
氏 名	滋賀医科 太郎			印
生年月日 性 別	昭和 平成	○ 年 1 月 1 日生	性別	男 女
連 絡 先	住 所	〒(520 - 2192) 滋賀県 大津市 瀬田月輪町		
	電話番号	TEL 077 - 548 - 2912 携帯電話 080 - 0000 - 0000	つながりやすい番号 をお書きください。	
	E-mail	hqkensyu @ belle.shiga-med.ac.jp		
希望する プログラム	(内) 科専門研修プログラム			
診療科等	未記入でご提出ください ただし、事前に、希望する診療科長の先生に登録の意志をお伝えください			印

※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。