平成　　年度 滋賀医科大学附属病院
医員採用願書(2)

平成　　年　　月　　日

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	〒(　　－　　)								
	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	＠								
初期臨床研修	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	病院等名称
					～					
所　属 プログラム	滋賀医科大学医学部附属病院　(　　) 科プログラム　　年採用									
職　歴	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	病 院 名
					～					
					～					
					～					
					～					
採用希望日	平成　　年　　月　　日									

※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。

本願書記載内容に相違ありません。

(署名)

㊞

※以下、病院研修係より依頼

診療科等	科長・部長　　㊞