

人事御担当者 様

滋賀医科大学
学生課学部教育支援係

選考試験受験証明書の交付について（依頼）

平素は本学の教育ならびに本学学生のご採用につきまして、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本学では臨床実習後 OSCE (Post-CC OSCE) と選考試験が重複した場合、学生が下記の選考試験受験証明書を提出することとしております。

つきましては、ご多忙の折、お手数をおかけして恐縮ですが、本学学生が貴病院等を受験したことを下記により証明いただきますようお願い申し上げます。

なお、選考試験受験証明書に関する情報は、臨床実習後 OSCE に関わる取扱書類とし、それ以外に使用したり、本学以外の第三者に開示したりすることはいたしません。

【本件担当】

滋賀医科大学学生課学部教育支援係

T e l : 077-548-2068 ・ 2069 ・ 2065

M a i l : hqgaku@belle.shiga-med.ac.jp

年 月 日

選考試験受験証明書

滋賀医科大学長 殿

貴病院等名 :

貴部課名 :

貴担当者名 :

(※自署)

貴連絡先 :

(電話番号)

下記の学生が選考試験を受験したことを証明いたします。

記

所 属 : 医学部医学科第6学年

学籍番号※ : (※学生本人が記入してください)

氏 名 ※ : (※学生本人が記入してください)

受験日時 : 年 月 日 ()

時 分 ~ 時 分

※学生課記入欄
(本学で記入します)

受取 :
書類 :

※責任者等承認
(本学で記入します)

印又は
サイン