

和歌山県立医科大学 学内助教B 願書

氏名	(ふりがな:) _____ (生年月日) 昭和・平成 年 月 日 (卒後) 年目
現住所	(〒 -) (電話番号)
臨床研修	昭和・平成 年 月 日修了 (臨床研修病院)
医籍登録	第 号(昭和・平成 年 月 日)
保険医登録番号	和医 第 号
応募資格 確認事項	<p>該当する応募条件(①又は②)にチェックを入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①小学校就学の始期に達するまでの子を養育する者 養育する者の氏名 () 養育する者の年齢 ()</p> <p><input type="checkbox"/> ②負傷、疾病又は老齢により日常生活を営むのに支障がある者を介護する者 介護する者の氏名 () 介護する者との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">※該当者が複数いる場合はどなたか1名記入してください。</p>
希望診療科	
希望する勤務時間	: ~ : ※7:30～18:15の間で7時間(休憩1時間含む)になるようにを記入してください。 ※連続する時間で記入してください。(8:00～12:00と15:00～18:00 などは不可) ※曜日によって違う勤務パターンは不可。
採用希望日	平成 年 月 日
添付書類	履歴書(必ず写真を貼付すること)、誓約書、医師(歯科医師)免許証の写し

学内助教Bに採用(新規・更新)願いたく、関係書類を添えて出願します。

平成 年 月 日

公立大学法人和歌山県立医科大学
 理事長 宮下 和久 様

本人署名

※所属の長又は病院長記入欄

上記の者を学内助教Bとして適当と認め、推薦する。

所 属
 所属長署名
