

診療部長
又は部長

㊟

兵庫医科大学病院病院助手採用願

平成 年 月 日

学 長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

下記により貴大学病院における病院助手として採用されるようお願いいたします。

記

入局診療科（部）名	
期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 ※1年更新とする。 ただし、年度途中の採用は、採用年度末までとする。
備 考	卒 業 学 校 名 卒 業 年 次 平成 年 月 医 籍 登 録 番 号 医 籍 登 録 年 月 日 平成 年 月 日

添付書類：履歴書（所定） 2部

健康診断書（所定） 1部

医師免許証（写）

（保健所の原本照合印（コピー不可）のあるA4サイズのもの） 5部

卒業証明書（他大学出身者のみ） 1部

証明写真（パスポートサイズ） 1部

臨床研修修了登録証（写）（平成16年度以降に医師免許を取得した者及び平成18年度以降に歯科医師免許を取得した者を対象とする）

（保健所の原本照合印（コピー不可）のあるA4サイズのもの） 1部