|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 年 月 日  福井大学長 殿  願出者氏名  医員・医員（研修医）採用願書  私は，下記のとおり貴学医学部附属病院への採用を志望しますので，必要書類を添え願い出いたします。  記 | | | | | | |
| 医籍（歯科医籍）登録  年月日及び登録番号 | | 年 月 日（第 号） | | | | |
| 志望診療科等 | |  | | | | |
| 採用志望期間 | | □医員（研修医） | | | 令和 年 月 日  ～ 令和 年 月 日 | |
| □　医 員 | | | 令和 年 月 日  ～ 令和 年 月 日 | |
| （注）免許取得後2年以上の方又は医師法及び歯科医師法による臨床研修を修了した方（修了予定を含む）は，医員として願い出てください。また，採用志望期間は1月以上とし，採用の日から当該年度の3月31日までを限度として記入してください。 | | | | | | |
|  | **※以下診療科等記入欄** | | | | | | |  |
|  | 次年度の更新予定 | | □有　　　　　　**／**□無 | | |  |
| 承認印  （診療科等の長） | |  |
|  | | | | | | |