

医員採用願書

令和 年 月 日

鳥取大学医学部附属病院長 殿

現住所	
氏名	⑩ (自筆の場合は押印不要)
生年月日	昭和 平成 年 月 日

鳥取大学医学部附属病院の医員に採用願いたいので、必要書類を添えて申込みいたします。

記

1	学歴	大学	昭和 平成 令和 年 月 日卒業 (大学)			
		大学院	昭和 平成 令和 年 月 日入学 ※在学中の場合は、入学年月日のみ記入			
			昭和 平成 令和 年 月 日修了 (大学)			
2	医師免許証または 歯科医師免許証	種別	免許証	登録番号	第 号	
		登録年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
3	学位取得	博士 (学)	大学		※取得者のみ記入	
		取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
4	志望診療科・部名					
5	採用希望年月日	令和 年 月 日				
6	現在の勤務先					
7	その他	(妊娠中、子育て期(生後3年に達しない子が対象)等により、短時間勤務の医員採用を希望される場合は、その希望理由、希望勤務曜日および勤務時間をご記入下さい。)				