

令和 年 月 日

福岡大学筑紫病院長 殿

科 診療部長

印

### 助手採用願書

下記の者は本院助手として適格と考えますので、福岡大学筑紫病院 (科・部)の  
助手として採用方お願いいたします。

氏名	
出身大学	大学医学部
臨床研修病院名	病院
	平成・令和 年 月 (修了予定・修了)
採用希望日	年 月 日付
覚せい剤、大麻、あへん 又は麻薬の中毒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※注)現時点で本院卒後臨床研修センターに 所属する者についてのみチェックする
所属長記入欄 (採用予定者の評価)	