

令和 年 月 日

福岡大学筑紫病院長 殿

科 診療部長

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
医師免許取得後年数	年 ヶ月 (申請時点)
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
所 属 長 記 入 欄 (採用予定者の評価)	