

令和 年 月 日

佐賀大学長 殿

氏 名 印

採 用 願

私は、下記のとおり貴学医学部附属病院関連初期臨床研修プログラムの研修医として勤務いたしたいので、採用くださるようお願いいたします。なお、採用された場合は、貴学医学部附属病院群の規則等に従い勤務いたします。

1 最終学歴（卒業（予定）年月，大学名）

卒業年月： 平成・令和 年 月 卒業（予定）

大 学 名：

2 採用希望診療科

スーパーローテイト