

令和 年 月 日

福岡大学病院長 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るので、福岡大学病院 (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) | |