年　　月　　日

令和６年度　専門医養成コース医員推薦書

 公立大学法人

 奈良県立医科大学　理事長　殿

　　 　 診療科部長 　　 　印

　下記の者が当診療科において医員として従事することを推薦します。

 記

**診療科名　（　　　　　　　　　　　　　）科**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **従事期間** | **勤務日数** | **就労時間、休憩時間** |
| 〇〇　〇〇 | R6.4.1～R7.3.31 | 週5日 | 週2日→8：30～17：15（休憩60分）週3日→8：30～12：30（休憩0分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※提出期限：令和6年2月9日（金）