令和 　年 　月 　日

新潟大学医歯学総合病院長　 殿

**（診療科等名及び診療科等長名）**

印

ダイバーシティ採用枠の推薦について（申請）

このことについて，当科所属の下記の者を別紙のとおり推薦しますので，よろしくお願いいたします。

記

　〇〇　〇〇

**【本人記載欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな****氏名** |  | **性別** | **□男　　□女** |
| **所属診療科等** |  | **職名** |  |
| **博士(医学)の有無** | **□有　　　　□無** |
| **専門医の有無** | **□有（名称：　　　　　　　　　　　　　）　　□無** |
| **子の状況****※対象となる子が複数いる場合は全て記載** | **生年月日**　　　　　**年**　　**月**　　**日生（満**　　　**歳）** |
| **育児の状況について****※育児状況，家族構成，子の健康状態等，本枠での雇用を希望する事情を記載すること** |
|  |
| **雇用にあたっての免除事項** | **□日当直　　□オンコール****□他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****※所属診療科長等と協議の上決定すること** |
| **将来の抱負，今後の自身のキャリアパスについて** |
|  |