|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

令和６年度鹿児島大学病院　医員（研修歯科医）採用選考試験願書

令和５年　　月　　日

鹿児島大学病院長　殿

鹿児島大学病院　医員（研修歯科医）採用選考試験を受験しますので、所定の書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　名 | （ 男 ・ 女 ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和　　年　　月　　日生（　　　歳）  平成 |
| 現　住　所 | 〒（　　　－　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　電　　話（　　　　）　　　－  　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　　）　　　－  　　　　　　　　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊必須  ◎上記に受験票を発送します。 |
| 連　絡　先  （上記以外に連絡先がある場合は記入して下さい。） | 〒（　　　－　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話（　　　　）　　　－ |
| 最 終 学 歴 | 大　学  　　平　成令　和　　　年　　　月　　　日　　　　卒　　業卒業見込 |
| 希望プログラム | 研修プログラムについては，第３希望まで申請できます。希望順位を（　　　）内に  １～３の数字で記載して下さい。  （　　　）大学病院歯科医療（Ａ）  （　　　）大学病院歯科医療（Ｂ）  （　　　）地域歯科医療 |

注：※部の記入は必要ありません。

出願に伴う個人情報については、研修歯科医選考以外には使用いたしません。