

|      |   |
|------|---|
| 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)<br>氏 名                   | 印<br>昭和 年 月 日生 ( 歳)<br>平成   |
| 現住所                             | 〒 (    -    )<br>電 話 (    )    -<br>携帯電話 (    )    -<br>E-mail _____ *必須<br>◎上記に受験票を発送します。                              |
| 連絡先<br>(上記以外に連絡先がある場合は記入して下さい。) | 〒 (    -    )<br>電 話 (    )    -  |
| 最終学歴                            | 大 学<br>平成 年 月 日 卒 業<br>令和 年 月 日 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。<br>(    ) 大学病院歯科医療 (A)<br>(    ) 大学病院歯科医療 (B)<br>(    ) 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。