

受験番号	※
------	---

令和2年度鹿児島大学病院研修歯科医選考試験願書

令和元年 月 日

鹿児島大学病院長 殿

鹿児島大学病院研修歯科医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	印 昭和 年 月 日生 (年 平成)	(男 ・ 女)
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	平 成 令 和 年 月 日	大 学 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	
説明会に参加を希望する診療科	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1希望診療科 () ・ 第2希望診療科 () ・ 第3希望診療科 () ◎試験後に診療科毎の説明会（各 15 分程度）を開催します。3診療科まで説明を聞けますので、希望する診療科を第3希望までご記入ください。	

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。