

| | |
|------|---|
| 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 (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 卒 業 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。 () 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 | ・ 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。