令和３年度鹿児島大学病院歯科医師臨床研修指導歯科医講習会

参加者　履歴書

氏　名（フリガナ）　：　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）　　　性　別：　男　・　女

生年月日　　　　　：　西暦　　　　　　年　　　月　　　日

歯科医師免許取得年：　　　　　　年　　　（出身大学　：　　　　　　　　　　　　　　）

勤務先名称：

職　位　　　：

所在地（住所）

連絡先：Tel　　　　　　　　　　　　　　　　Fax

E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　＠

Googleメールアドレス： 　　　　　　 ＠gmail.com

（オンライン講習会登録に必須です。上記E-mailがGoogleメールの場合は同じで構いません）

学　歴（大学以降）および職　歴

|  |
| --- |
|  |

* 事前PC接続テスト　希望日調査　（＊必ずご回答下さい。）

　　　　　ご都合の良い日程に〇を入れて下さい。（ご都合が合わない場合は、下記へご連絡下さい。）

　　　　　　令和３年７月１３日（火）　17:30～18:00　（　　）　18:00～18:30　（　　）

令和３年７月１４日（水）　17:30～18:00　（　　）　18:00～18:30　（　　）

令和３年７月１５日（木）　17:30～18:00　（　　）　18:00～18:30　（　　）

【送付先】　　鹿児島大学病院　総務課臨床研修係（担当:吉留）

　　　　　　　ＴＥＬ　０９９－２７５－６７２０　　ＦＡＸ ０９９－２７５－６８４６

　　　　　　E-mail　rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp

住　所　鹿児島市桜ヶ丘８丁目３５番１号