

(別紙1)

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

歯科研修医採用願書

|  |                 |
|--|-----------------|
| 令和 年 月 日   |                 |
| 大分大学医学部附属病院長 殿   |                 |
| 私は、下記のとおり貴病院群の歯科研修医として採用を希望するので、必要書類を添えて出願いたします。<br>なお、採用された場合は、大分大学医学部附属病院及び協力型臨床研修施設等の規則等に従い勤務します。 |                 |
| 記  |                 |
| ふりがな<br>氏 名  | 印               |
| 生年月日   | 昭和 年 月 日生<br>平成 |
| 出身大学   | 大学 年 月卒業(見込)    |
| 歯科医師免許   | 令和 年 取得(見込)     |
| 連絡先  | 住所              |
|  | 電話              |
|  | 携帯              |
|  | E-mail          |

※欄は記入しないでください。

(別紙1)

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

記載する日を  
記入してくだ  
さい。

歯科研修医採用願書 (記入例)

令和 4年 〇月〇〇日

大分大学医学部附属病院長 殿

私は、下記のとおり貴病院群の歯科研修医として採用を希望するので、必要書類を添えて出願いたします。  
なお、採用された場合は、大分大学医学部附属病院及び協力型臨床研修施設等の規則等に従い勤務します。

記

|        |                        |  |    |     |
|--------|------------------------|--|----|-----|
| ふりがな氏名 | そつご たろう<br>卒 後 太 郎     | 卒印   | 性別 | 男・女 |
| 生年月日   | 昭和<br>平成 〇〇年〇〇月〇〇日生    |  |    |     |
| 出身大学   | △△△△大学 令和 5年 3月卒業 (見込) |  |    |     |
| 歯科医師免許 | 令和 5年 取得 (見込)          |  |    |     |
| 連絡先    | 住所                     | 〒〇〇〇-△△△△<br>〇〇県〇〇市〇〇〇町△△△-□□□ ×××ハイツ☆☆☆号室 |    |     |
|        | 電話                     | 〇〇〇-△△△-□□□□                               |    |     |
|        | 携帯                     | 090-〇〇〇〇-□□□□                              |    |     |
|        | E-mail                 | sotugo-taro@〇×△.〇〇〇.☆☆.jp                  |    |     |

必ず連絡がつく電話番号を記入して下さい

※欄は記入しないでください。