

(別紙4)

大分大学医学部附属病院群 希望プログラム調査票

氏名 ()

希望するプログラムの () に希望順位をつけてください。一つのみでも可。

() 歯科医師臨床研修 単独型プログラム (申請中)

() 歯科医師臨床研修 管理型プログラム (申請中)