

(別紙3)

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

( ) 歯科医師臨床研修 管理型プログラム