

整理番号^(注1)

新潟大学医歯学総合病院 令和2年度歯科医師専門研修
応募申請書

ふりがな				印	正面上半身脱帽の最近 3ヵ月以内の写真 (4×3cm, 裏面に氏名を記入) を貼付すること	
氏名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日		男 ・ 女
現住所	〒					
	電話番号					
	携帯電話番号					
	E-mail (必須) (携帯アドレス不可)					
緊急 連絡先	住所	〒				
	電話番号					
学 歴 ^(注2) お よ び 職 歴						
昭和 平成	年	月	高等学校 卒業			
昭和 平成	年	月	大学	学部	学科 入学	
昭和 平成	年	月	大学	学部	学科 卒業	
平成 令和	年	月	病院		歯科医師臨床研修 修了見込み	
応募コース ^(注3)	第一希望		希望診療科 ^(注4)	第二希望	希望診療科 ^(注4)	

注1：整理番号欄には、記入しないでください。

注2：学歴を学歴欄に記載しきれない場合には、任意の様式に記載し、別紙として添付してください。職歴がある場合も同様です。

注3：コースA～CのいずれかひとつとコースDとの重複申請のみ可能です。

注4：希望診療科は、プログラムに記載された診療科名で記載してください。コースA～Cを選択する場合は、記載不要です。