

新潟大学医歯学総合病院 令和3年度歯科医師臨床研修プログラム  
臨床研修歯科医採用試験 応募申請書

マッチング ユーザーID					印 正面上半身脱帽の最近 3ヵ月以内の写真(4×3cm) を貼付すること (裏面に氏名を記入すること)		
ふりがな							
氏名							
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		男 ・ 女	
現住所	〒 —						
	電話番号						
	携帯電話番号						
	E-mail【必須】 (携帯電話のアドレスは不可)						
帰省先	住所	〒 —					
	電話番号			FAX			
学 歴(注2) お よ び 職 歴							
昭和 平成 令和	年	月				高等学校 卒業	
昭和 平成 令和	年	月	大学	学部	学科	入学	
昭和 平成 令和	年	月	大学	学部	学科	卒業 卒業見込	
昭和 平成 令和	年	月					
応募プログラム(注3)			応募する研修プログラム(A, B)を記入してください。				
			第1希望		第2希望		
希望専門診療室(注4)(注5) (プログラムBに応募する場合のみ記入)			第1希望	第2希望	第3希望		
研修地の希望順位 (プログラムBに応募する場合のみ記入)			新潟市内	新潟県内	甲信・東北	関東	北陸・関西

2年目以降の希望(注6)	
1) 後期研修を	<input type="checkbox"/> 希望する(診療室: ) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未定
2) 大学院への進学を	<input type="checkbox"/> 1年後に希望する(分野 ) <input type="checkbox"/> 2年後に希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未定

注1: 整理番号欄は、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は、別途任意の様式に記載し、本書に添付してください。職歴のある場合も同様です。

注3: 応募プログラムの希望順位は、あくまでも本院のプログラムの中での希望順位を記載してください。

注4: プログラムに記載された診療科名で記載してください。口腔外科は、「口腔再建外科」または「顎顔面口腔外科」のいずれかをお選びください。

注5: プログラムBに応募する場合の希望専門診療室(学内)については、マッチ後再度希望確認を行います。

注6: 2年目の後期研修にかかる募集人数は未定です。