

2019年度歯科医師臨床研修 申請書

今回、私は2019年4月よりワタナベ歯科医院歯科医師臨床研修を受けたく、
下記の事項を記入し、関係書類を添えて申し込みいたします。

| | | | |
|---------------|-------------------|---------------------|--------------------------|
| ふりがな | | 印 | 正面向き 顔写真添付 4cm×3cm |
| 氏名 | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 年齢 | 満 歳 | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 携帯電話 | | 電話 | |
| Email アドレス | 携帯 | P C | |
| 連絡先住所 | 〒 ー ※現住所と異なる場合 | | |
| 卒業大学 | 大学 | 年 月 (卒業 ・ 卒業見込み) | |
| 研修中の宿舎 | 要 ・ 不要 | マッチング登録ID | |
| 志望動機 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※提出書類

1. 歯科医師臨床研修 申請用紙 (本用紙)
2. 履歴書 (未提出者のみ)
3. 最終学校卒業 (見込み) 証明書
4. 成績証明書
5. 健康診断書 (出身大学の健康診断書の写し可。1年以内のもの)
6. 課題 (小論文・歯牙のスケッチ・英訳)

《郵送先・問合せ先》

〒224-0001 神奈川県横浜市都筑区中川4-2-20
ワタナベ歯科医院 事務長 吉原礼子
TEL 045-911-6666
Email:watanabeoralsurgery@me.com

