宮崎大学医学部附属病院　歯科医師臨床研修医登録申請書

　　令和５年　　月　　日

宮崎大学医学部附属病院長　殿

下記により宮崎大学医学部附属病院歯科卒後臨床研修プログラムへ登録を申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生　年　月　日 | | 6か月以内の写真  写　真  4cm×3cm |
| 氏　名 |  | | | 昭和  ・  　　年　　月　　日  平成  年齢　　　歳 | |
| 性　別 | 男　・　女 | | 出身地 | 都　道  府　県 | |
| 住　所 | 〒 | | | | |
| 電話（自宅） |  | | | 電話（携帯） |  | |
| E-mail | ＠　　　　　　　　　　　　　　(携帯メールは不可) | | | | | |
| 学　歴  高等学校  卒業以降  を記入の  こと | 年(元号) | 月 | 学校名・学部学科名及び卒業・修了等の別 | | | |
|  |  | 高等学校卒業 | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
| プログラム | 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。  （　 　 ）歯科卒後臨床研修プログラム  （　 　）歯科卒後臨床研修協力型長期プログラム | | | | | |
| 面接希望日 | 希望する面接日の（　　）に希望順位をつけてください。  （　 ）8月　3日（木）  （　 ）8月３１日（木） | | | | | |

※別紙の志望動機を必ずご記入ください。

この登録申請書及び成績証明書を期限までに下記宛に郵送（簡易書留）もしくは持参して下さい。

〒889-1692　宮崎県宮崎市清武町木原5200　宮崎大学医学部　医療人育成課

卒後臨床研修係

TEL:0985-85-1864 　FAX:0985-85-0693 E-mail:sotugo@med.miyazaki-u.ac.jp