

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 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
氏 名			昭和 ・ 平成	年 月 日 年齢 歳	写 真 4cm×3cm
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		

※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
--

