**選考試験（歯科医師臨床研修）申込書**

令和 年 月 日

芳賀赤十字病院長 様

 令和6年度採用歯科医師臨床研修選考試験に、関係書類を添えて申し込みいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験希望職種 | 歯科研修医 | ※受付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 選考試験希望日 | * 第一希望日　　　　　　月　　　　日　（　　）
* 第二希望日　　　　　　月　　　　日　（　　）
* 第三希望日　　　　　　月　　　　日　（　　）
 |
| マッチングID |  |
| （フリガナ） |  | 性別 |
| 氏名 |   | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和 ・　平成 年 月 日（ 歳） |
| （フリガナ） |  |
| 現住所 | 〒ＴＥＬ （ ） |
| E-mail |  |
| 現所属大学名あるいは現所属病院名 |  |
| （フリガナ） |  |
| 連絡先 | 〒ＴＥＬ （ ） 携帯 （ ） |

注）１．太枠内を記入すること。

 ２．連絡先は、通知等の送付先が現住所と別の場合に記入すること。

 ３．関係書類として、履歴書（所定のもの）1通、卒業見込書または卒業見込証明書を1通添付すること。

芳賀赤十字病院歯科医師臨床研修管理委員会