

平成 29 年度 奥羽大学歯学部附属病院 研修歯科医 2 次募集要項

1. 応募資格

平成 29 年第 110 回歯科医師国家試験受験予定者

2. 募集人数

- | | |
|--|------|
| 1) 奥羽大学歯学部附属病院単独型研修プログラム (Aプログラム)
奥羽大学歯学部附属病院 12 ヶ月間の研修 | 定員充足 |
| 2) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療短期研修プログラム (Bプログラム)
奥羽大学歯学部附属病院 8 ヶ月間、協力型臨床研修施設 4 ヶ月間の研修 | 17 名 |
| 3) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療短期研修プログラム (Cプログラム)
奥羽大学歯学部附属病院 4 ヶ月間、協力型臨床研修施設 8 ヶ月間の研修 | 定員充足 |

3. 選考方法

- ① 書類審査
- ② 面接試験

4. 選考試験日と出願期限

出願期限：平成 28 年 11 月 11 日(金)

選考試験日：応募者に文書で連絡します。

5. 出願書類

下記の出願書類を簡易書留で郵送、あるいはご持参ください。

- ① 願書・受験票 (所定のもの・顔写真貼付)
- ② 履歴書 (所定のもの・顔写真貼付)
- ③ 卒業 (見込み) 証明書
- ④ 成績証明書

6. 出願書類提出先・問合わせ先

〒963-8611

福島県郡山市富田町字三角堂 31-1

奥羽大学歯学部附属病院 庶務課 臨床研修係宛

TEL : 024-932-9268

FAX : 024-938-9192

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

平成 29 年度 奥羽大学歯学部附属病院
研修歯科医願書 (2次募集)

平成 年 月 日現在

ふりがな			性別	写真貼付欄 1. 正面上半身脱帽 2. 縦 4.5 cm×横 3.5 cm 3. 最近 3 ヶ月以内撮影 4. 全面糊付 ※裏面に氏名を記入のこと
氏名			男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
出身大学	大学	学部	卒業(見込み)年：平成 年 月	
現住所	〒			
	[電話：]			
	[FAX：]			
	[E-mail：]			
歯科マッチング ユーザーID				

----- 切り取らずに、そのまま提出してください -----

受 験 票

受験番号 _____

ふりがな	
氏名	

写真貼付欄
1. 正面上半身脱帽
2. 縦 4.5 cm×横 3.5 cm
3. 最近 3 ヶ月以内撮影
4. 全面糊付
※裏面に氏名を記入のこと

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな		性 別	写真貼付欄 1. 正面上半身脱帽 2. 縦4.5cm×横3.5cm 3. 最近3ヵ月以内撮影 4. 全面糊付 ※裏面に氏名を記入のこと
氏 名	Ⓜ	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
ふりがな			
現 住 所	〒 [電話：]		
連 絡 先 (帰省先または 現住所以外の 緊急連絡先)	[電話：]		
学歴 (高等学校卒業から記入)			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
賞 罰			
志望理由や将来の希望等 (自由に記入)			