

令和3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

令和3年第114回歯科医師国家試験受験予定者

2. 募集人数

- | | |
|----------------------------------|------|
| 1) 単独型研修プログラム (Aプログラム) | 定員充足 |
| 奥羽大学歯学部附属病院12ヶ月間の研修 | |
| 2) 地域医療短期研修プログラム (Bプログラム) | 17名 |
| 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 | |
| 3) 地域医療短期研修プログラム (Cプログラム) | 定員充足 |
| 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 | |

3. 選考方法

書類審査

4. 出願期限と選考結果通知

出願期限：令和2年11月6日(金)

結果通知：令和2年11月10日(火)

5. 出願書類

下記の出願書類を簡易書留で郵送してください。

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

6. 出願書類提出先・問い合わせ先

〒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	
-----	--	------	--

奥羽大学歯学部附属病院 研修歯科医願書(2次募集)

令和 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)		
マッチング ユーザーID			
現住所	〒 [電話:] [E-mail:]		
連絡先 (帰省先または 現住所以外の 緊急連絡先)	[電話:]		
学歴・職歴	年 月	高等学校卒業 認定試験合格	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
志望理由			
希望研修 プログラム (複数可)	<input type="checkbox"/> 単独型研修プログラム (Aプログラム) <input type="checkbox"/> 地域医療短期研修プログラム (Bプログラム) <input type="checkbox"/> 地域医療長期研修プログラム (Cプログラム)		
研修修了後 希望進路 (複数可)	<input type="checkbox"/> 本歯学部・附属病院 <input type="checkbox"/> 他歯学部・附属病院 <input type="checkbox"/> 本学大学院 <input type="checkbox"/> 他大学大学院 <input type="checkbox"/> 開業医・病院歯科 <input type="checkbox"/> 未定・その他		

太枠内を記入してください。

本個人情報、歯科医師臨床研修に関する連絡以外には使用いたしません。

奥羽大学歯学部附属病院