

平成 25 年度 奥羽大学歯学部附属病院 研修歯科医再募集要項

1. 応募資格

平成 25 年第 106 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) | 定員充足 |
| 奥羽大学歯学部附属病院 12 ヶ月間の研修 | |
| 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) | 1 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) 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) | 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

- 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 24 年 11 月 9 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 (所定のもの・顔写真貼付)
- ② 受験票 (顔写真貼付)
- ③ 履歴書 (所定のもの・顔写真貼付)
- ④ 卒業 (見込み) 証明書
- ⑤ 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 : 024-932-8931 (代表) 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**

平成 年 月 日現在

フリガナ		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	
ユーザーID			
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： / 携帯：]		
FAX番号			
E-Mail			

※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。

----- 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 _____

フリガナ	
氏名	

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)

奥羽大学歯学部附属病院

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

履 歴 書

平成 年 月 日現在

フリガナ		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)		
フリガナ			
現住所	〒 電話： / 携帯：]		
連絡先 <small>(帰省先または現住所 以外の緊急連絡先)</small>	[電話： / 携帯：]		
学 歴			
平成 年 月	高等学校卒業		
平成 年 月			
志望理由や将来の希望等 (自由に記入)			

※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。