

## 令和2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2年第113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)<br>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)<br>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 | 26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)<br>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：令和元年11月8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 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
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	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
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	平成 令和 年 月	高等学校卒業 認定試験合格
	平成 令和 年 月	
	平成 令和 年 月	
	平成 令和 年 月	
	平成 令和 年 月	
	平成 令和 年 月	
	平成 令和 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