

平成 30 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 30 年第 111 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 | 25 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 29 年 11 月 10 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)

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)		
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 年 月	高等学校卒業 認定試験合格	
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 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