

平成24年度 歯科医師臨床研修申請書

平成 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

氏 り が な _____ 印

生年月日 _____ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性 別 _____ 男 ・ 女

住 所 (〒 _____)

電話番号 (携帯) _____ - _____ - _____

E-mail _____

帰省先住所 (〒 _____)

帰省先電話番号 _____ - _____ - _____

貴院の歯科医師臨床研修に、下記のとおり参加希望しますので申請します。

記

1. 歯科医師臨床研修マッチングプログラム参加者ユーザID

参加者ユーザID : _____

2. 試験希望日 (次の試験日のうち、希望する試験日にメを入れて下さい)

平成23年7月10日(日)10:00~14:00

平成23年8月19日(金)13:00~17:00

上記の試験日で都合が悪いので、調整を希望します。

※日時の調整が必要な方は、別途ご連絡くださいますようお願いいたします。