

福岡歯科大学医科歯科総合病院研修歯科医登録願書(二次募集)

平成 年 月 日

福岡歯科大学医科歯科総合病院長 殿

私は、福岡歯科大学医科歯科総合病院における、歯科医師臨床研修制度への登録を希望いたします。

受験番号 <small>*本院記入欄</small>			
フリガナ		性別	写真貼付欄 1. 上半身脱帽 2. 縦 35～40mm 横 24～30mm 3. 最近 3ヶ月以内撮影 4. 全面糊付
氏名		男・女	
本籍 (国籍)	都道府県		
生年月日	昭和 年 月 日 (西暦 年)	年齢 歳	
連絡先住所	〒 _____		
実家等電話		携帯電話	
出身高校	(都道府県名)	高等学校卒業	大検
出身大学	大学		学部
	平成 年 月 (卒業・卒業見込み)		
希望研修プログラム <small>※いずれかに○印記入(複数可)</small>	複合型研修プログラム	複数希望する場合は、右記の番号に希望順位の○印を記入すること	1・2
	単独型研修プログラム		1・2
	<p>※複合型研修プログラムを第1希望とする方は、グループ希望順位アンケートを併せて提出すること。</p> <p>※単独型研修プログラムを第1希望とする方は、希望する診療科の科長に電話連絡した後、願書を提出すること。</p> <p>なお、希望する診療科を○印で囲んでください。</p> <p>総合歯科、高齢者歯科、保存(むし歯)科、歯周病科、補綴(入れ歯)科(有床)、補綴(入れ歯)科(冠橋)、口腔インプラント科、口腔外科、放射線診断科、麻酔科・歯科麻酔科(ペインクリニック)、小児歯科、障害者歯科、矯正歯科</p>		
備考**			

* *連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入して下さい。

この登録願書は、下記までお送り下さい。

〒814-0193 福岡市早良区田村2丁目15番1号

福岡歯科大学医科歯科総合病院 歯科医師臨床研修室

Tel : 092-801-0411(内線 297) Fax : 092-801-0459 E-mail : soum@college.fdcnet.ac.jp

平成24年度
 福岡歯科大学医科歯科総合病院歯科医師臨床研修
 複合型研修プログラム グループ希望順位アンケート

氏名	
----	--

臨床研修において主となる診療系グループの希望順位を第2希望まで記入してください。

希望の診療系グループについては、更に診療科に○印を付けて下さい。

グループ	診療系	希望順位	診療科	○印
①	総合歯科系		総合歯科	
			高齢者歯科	
②	歯科保存科系		保存(むし歯)科	
			歯周病科	
③	歯科補綴科系		補綴(入れ歯)科(有床)	
			補綴(入れ歯)科(冠橋)	
			口腔インプラント科	
④	口腔外科系		口腔外科	
			放射線診断科	
			歯科麻酔科(ペインクリニック)	
⑤	成長発達歯学系		小児歯科	
			障害者歯科	
			矯正歯科	

※最終的には、希望者の数により、調整することがあります。