

福岡歯科大学医科歯科総合病院研修歯科医登録願書

令和 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 *本院記入欄			
フリガナ		性別	写真貼付欄 1. 上半身無帽 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・平成 年 月 日 (西暦 年)	年齢 歳	
「ユーザ ID」 歯科医師臨床研修マッチング協議会から付与されたユーザ ID を正確に記入して下さい。			
連絡先住所	〒		
携帯電話		実家等電話	
出身大学	大学		学部
	20 年 月 (卒業・卒業見込み)		
希望研修プログラム ※いずれかを○で囲んで下さい。	第1希望	プログラムⅠ	プログラムⅡ
	第2希望	プログラムⅠ	プログラムⅡ 希望しない
	※希望する科を○で囲んで下さい。 総合歯科、高齢者歯科、訪問歯科センター、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、麻酔科、放射線診断科、小児歯科、障害者歯科、矯正歯科		
備考**	診療科およびプログラムは希望に沿えない場合があります。		

* *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、返信用封筒(404円切手を貼付)とともに下記まで郵送して下さい。

〒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 2109) Fax : 092-801-0459 E-mail : rinken@college.fdcnet.ac.jp

記入例

福岡歯科大学医科歯科総合病院研修歯科医登録願書

令和 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 *本院記入欄			
フリガナ ハカタ タロウ	性別	写真貼付欄	
氏名 博多 太郎	男・女	5. 上半身無帽	
本籍 (国 籍) 福岡 都道 府 県	年齢	6. 縦 35～40mm 横 24～30mm	
生年月日 昭和平成 8 年 4 月 1 日 (西暦 1996 年)	25 歳	7. 最近 3 ヶ月以内撮影	
「ユーザ ID」 歯科医師臨床研修マッチング協議会から付与されたユーザ ID を正確に記入して下さい。	a b c d 1 2 3 4 e f		
連絡先住所	〒814-0193 福岡市早良区田村2-15-1		
携帯電話	090-0801-0411	実家等電話	092-801-0411
出身大学	室見歯科 大学 歯 学部		
	2023 年 3 月 (卒業・卒業見込み)		
希望研修プログラム ※いずれかを○で囲んで下さい。	第1希望	プログラムⅠ	プログラムⅡ
	第2希望	プログラムⅠ	プログラムⅡ 希望しない
	※希望する科を○で囲んで下さい。 総合歯科、高齢者歯科、訪問歯科センター、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、麻酔科、放射線診断科、小児歯科、障害者歯科、矯正歯科		
備考**	診療科およびプログラムは希望に沿えない場合があります。		

* *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、返信用封筒(404円切手を貼付)とともに下記まで郵送して下さい。

〒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 2109) Fax : 092-801-0459 E-mail : rinken@college.fdcnet.ac.jp