

福岡歯科大学医科歯科総合病院研修歯科医登録願書兼履歴書

令和8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			
ふりがな			性別 男・女
氏名			
本籍 (国籍)	都道 府県		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 5. この写真はICカード 作成に使用します
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)	年齢 歳	
連絡先住所	〒 - -		
携帯電話	- -	実家等電話	- -
メールアドレス	@		
歯科医師免許	第120回国試を受験予定・取得済(研修未実施理由:)		
出身大学	大学		学部
	20 年 月 (卒業・卒業見込み)		
学歴	出身高校	高等学校(年卒業)	
職歴	職歴	職歴なし・職歴あり(最終勤務先名称:)	
希望研修プログラム	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
▼希望する診療科を 選択群 から選択し 第3希望まで全て 記入してください			
第1希望		選択群	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)・口腔ケア科・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・口腔医療センター科(プログラムⅡのみ)
第2希望			
第3希望			
本学での歯科医師臨床研修 志望動機		大学院進学	希望する・希望しない
		賞 罰 (有の場合のみ)	事項及び年月日
			(年 月)
上記のとおり相違ありません。			
令和8年 月 日 氏名 (印)			
備考**	(例)ICカードに表記する苗字は旧姓の〇〇を使用希望します 等		

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(460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(平日のみ 9:00~17:00)

Tel:092-801-0454 / E-mail:rinken@fdcn.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兼履歴書

令和8年7月1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			
ふりがな	はかた たろう	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 5. この写真はICカード 作成に使用します
氏名	博多太郎	男・女	
本籍 (国籍)	福岡 都 道 府 県		
生年月日	昭和・平成 9年 9月 1日 (西暦1997年)	年齢	
		28歳	
連絡先住所	〒 814 - 0193 福岡市早良区田村2-15-1 歯科大前マンション101号室		
携帯電話	090 - 1234 - 5678	実家等電話	092 - 987 - 6543
メールアドレス	tarohakata @ gmail.com (←イフとアンダ-バー、1とエル等の区別がつかないように丁寧に記入する)		
歯科医師免許	第120回国試を受験予定・取得済(研修未実施理由:)		
出身大学	室見歯科 大学 歯 学部 2027年 3月 (卒業・卒業見込み)		
学 歴	出身高校	田村第一 高等学校 (2016年卒業)	
職 歴	職 歴	職歴なし・職歴あり(最終勤務先名称:)	
希望研修プログラム	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
▼希望する診療科を 選択群 から選択し 第3希望まで全て 記入してください			
第1希望	障害者歯科	選 択 群	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・口腔医療センター科(プログラムⅡのみ)
第2希望	放射線診断科		
第3希望	口腔外科		
本学での歯科医師臨床研修 志望動機		大学院進学	希望する・希望しない
この欄には本学で歯科医師臨床研修を 実施したい理由を記入すること		賞 罰 (有の場合のみ)	事項及び年月日 (年 月)
上記のとおり相違ありません。			
令和8年 7月 1日 氏名 博多太郎		印	
備考**	(例)ICカードに表記する苗字は旧姓の〇〇を使用希望します 等		

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(460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(平日のみ 9:00~17:00)

Tel:092-801-0454 / E-mail:rinken@fdcnet.ac.jp