

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 6 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>			
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
本籍 <small>(国籍)</small>	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 <small>(西暦 年)</small>	年齢	
ユーザ ID	<small>▼歯科医師臨床研修マッチング協議会から付与された ID を正確に記入してください</small>		
連絡先住所	〒 - -		
携帯電話	- -	実家等電話	- -
メールアドレス	@		
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 <small>※いづれかを○で囲んで下さい</small>	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 プログラムⅡを第1希望とする方は、希望する診療科の科長に連絡した後、願書を提出すること			
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			
第3希望			
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(434 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 : 092-801-0454 (平日のみ 9:00～17:00)

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(案)

令和6年7月7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 11年4月1日 (西暦 1999年)	年齢	
		26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IDを正確に記入してください abcd1234ef		
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105号		
携帯電話	090-1234-5678	実家等電話	092-801-0411
メールアドレス	tarohakata@gmail.com		
出身大学	福岡歯科大学 口腔歯学部 2025年3月 (卒業・卒業見込み)		
希望研修プログラム ※いずれかをO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 プログラムIIを第1希望とする方は、希望する診療科の科長に連絡した後、願書を提出すること			
第1希望	放射線診断科	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	麻酔科		
第3希望	口腔外科		
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。		