

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7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	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		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	
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)		
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7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: rinkens@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7年7月2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 27 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 (←ハイフンとアンダーバー、1とエル等の区別がつくように記入する)		
出身大学	室見歯科大学 歯学部 2026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)・口腔外科・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7年 7月 2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: rinkens@fdcn.ac.jp