

令和 年 月 日

病 院 長 殿

社会保険田川病院歯科医師臨床研修プログラム

歯 科 医 師 臨 床 研 修 申 請 書

貴院において歯科医師臨床研修を受けたく、関係書類を添付のうえ申請いたします。

申 請 者	フリガナ		性 別
	氏 名	Ⓜ	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	(〒 -)	
	連 絡 先	(電話番号) _____ (携帯電話) _____ (E-mail) _____	
	出身大学	(大学名) _____ 平成・令和 年 月 日 (卒業見込 ・ 卒業)	
	備 考		

【添付書類】	<input type="checkbox"/> 履歴書 (写真貼付)	<input type="checkbox"/> 卒業 (見込) 証明書、
	<input type="checkbox"/> 成績証明書	<input type="checkbox"/> 健康診断書 (大学発行のもので可)

※この申請書は、上記添付書類を同封のうえ、「歯科医師臨床研修申請書在中」と朱書きのうえ、郵送にて下記までお送りください。

■送付先 社会保険田川病院 総務課 (臨床研修事務局) 〒826-8585 福岡県田川市上本町10番18号 (TEL) 0947-44-0460 (FAX) 0947-45-6540 (E-mail) syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp
--