

朝日大学附属医療機関 2024 年度歯科医師臨床研修医採用願書

2023 年 月 日現在

受験番号			写真添付 (3cm×4cm) 3ヶ月以内に撮影 した正面上半身 脱帽のもの
フリガナ			
氏名			
ユーザーID			
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
生年月日・年齢	年	月	日生 歳
連絡先住所	〒		-
電話番号	—		—
携帯電話番号	—		—
メールアドレス	@		
出身大学	大学		
卒業年月	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業 ・ <input type="checkbox"/> 卒業見込
希望プログラム	朝日大学病院研修プログラム (大学病院 3ヶ月+協力型 9ヶ月)		
	朝日大学医科歯科医療センター研修プログラム (医科歯科医療センター12ヶ月)		
	朝日大学PDI岐阜歯科診療所研修プログラム (PDI 12ヶ月)		
	自分の希望するプログラムの左側の空欄に1~3を記入してください		
受験希望回	<input type="checkbox"/> 第1回 (2023年7月29日(土))		
	<input type="checkbox"/> 第2回 (2023年8月20日(日))		
	<input type="checkbox"/> どちらでもかまわない		
備考			

(注1) 太枠内を記入してください。

(注2) 写真の裏面には氏名を記入してください。

(注3) この願書は、返信用封筒を同封してお送りください。(定型封筒(長形3号12×23.5cm)に志願者の住所・氏名を記入し、84円切手を貼ったもの)。

○ 個人情報の取扱いについて

本学は、個人情報を適切な安全対策の元に管理し、漏洩などの防止に努めます。

また、法令などに基づき開示する場合を除き、ご本人の同意なく開示・提供はいたしません。