

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

(記入例)

記入日を記載してください。

歯科医師臨床研修マッチングに参加登録した際に、付与されるユーザーID を記載してください。		2023 年		年	日現在
氏名	朝日	タロウ		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	
ユーザーID	a	b	c	d	1 2 3 4 E f
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女				
生年月日・年齢	1996 年		4 月	5 日生	24 歳
連絡先住所	〒 5 0 1 - 0 2 9 6 岐阜県瑞穂市穂積 1851-1				
携帯電話番号	090-****-****				
メールアドレス	rinken@dent.asahi-u.				
出身大学	朝日大学				
卒業年月	2024 年		3 月	<input type="checkbox"/> 卒業 ・ <input type="checkbox"/> 卒業見込	
希望プログラム	1	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)			
	2	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)			
	3	朝日大学 P D I 岐阜歯科診療所研修プログラム (P D I 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					

年号は西暦で記入すること。

希望するプログラムの左側の空欄に、1~3 を記載してください。  
なお、希望しないプログラムは空欄で構いません。

該当する方に、チェックをしてください。

チェックがない場合は、こちらで指定します。

(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。