

2020年度 北海道大学病院歯科臨床研修医申請書

年 月 日

北海道大学病院長 殿

(ふりがな)

氏 名

(* 自署または記名押印してください)

北海道大学病院歯科臨床研修医を志望しますので、下記のとおり申請します。

現住所	〒 ー		
	電 話 : ー ー		
	携 帯 電 話 : ー ー		
	E-mail :		
	※ 帰省先等上記以外の連絡先がある場合に記入してください。		
	〒 ー		
	電 話 ー ー		
大学名等	大学 年 月 卒業・卒業見込		
生年月日	昭 和 平 成	年 月 日生 (歳)	性別 男・女
希望プログラム	※ 以降の回答項目を回答する際には事前に裏面の記載上の注意を必ず読んでください		
	(1) プログラム志望順位に○をつけてください		(2) 所属希望診療科を教えてください
			第一希望 第二希望
	・単独型	1 / 2 / 3	
	・複合型	1 / 2 / 3	
・総合型	1 / 2 / 3		
本院での研修を志望した理由			

* 受験番号

(* 欄は記入しないでください)

記入上の注意

- 志望プログラム順位欄を記入する際には、下記のように単独型・複合型・総合型のそれぞれに異なった順位を割り振ってください。同じ順位を割り振ると出願できません。

※ 良い例

・ 単独型	1 / (2) / 3
・ 複合型	(1) / 2 / 3
・ 総合型	1 / 2 / (3)

※ 悪い例

・ 単独型	(1) / 2 / 3
・ 複合型	1 / (2) / 3
・ 総合型	(1) / 2 / 3

上記だと第一志望プログラムが判断できない

- 希望診療科欄は、以下に留意の上、記入してください。

選択できる診療科

予防歯科	歯周・歯内療法科	冠橋義歯補綴科	高齢者歯科	歯冠修復科
義歯補綴科	矯正歯科	小児・障害者歯科	口腔内科	口腔外科
歯科放射線科	歯科麻酔科	高次口腔医療センター		

- ☆ あらかじめ第一希望とする診療科（部）長に相談の上、記入してください。
- ☆ 複合型プログラムを希望する場合は、志望する協力型臨床研修施設の訪問・見学を開催いたします。
訪問・見学が行えない場合は、臨床研修センターへ相談してください。
- ☆ 総合型プログラムを希望する者は、自動的に口腔総合治療部に所属します。事前に口腔総合治療部長へ相談を行って下さい。
- ☆ 総合型とその他のプログラムを併願する方は、第一希望・第二希望診療科の欄を必ず記入してください。