

平成30年度群馬大学医学部附属病院
歯科臨床研修医応募者へ

群馬大学医学部附属病院初期臨床研修医へ応募される場合は次の点について留意し、受付期間内に必ず臨床研修センターまでご提出ください。

◆提出書類

1. 研修医採用申請 所定の用紙に所要事項を記入してください。
2. 受験票・写真票…………… 所定の用紙に所要事項を記入してください。
※受験票・写真票は切り取らないでください。
3. 写真2枚(3cm×4cm)……3ヵ月以内に撮影した同一正面上半身脱帽のものを申請書、
および写真票に貼付して提出してください。
4. 応募書類受付期間

平成29年6月19日(月)から平成29年8月5日(土) *当日消印有効

◆返信用封筒

角2封筒に応募者本人の宛名を記入し120円分の切手を貼付してください。

返信用封筒に記入する宛先は、必ず書類が届く住所をご記入ください。

※角2封筒とは、A4用紙を折らずに入れられる大きさです。

◆受験票及び試験当日の詳細については、各試験日の約一週間前に通知予定です。

【問合わせ先】

群馬大学医学部附属病院

昭和地区事務部総務課臨床研修係

臨床研修センター事務局 高橋

電話：027-220-7793/FAX:027-220-7808

Mail：c-center@ml.gunma-u.ac.jp

申請番号	※
------	---

平成30年度歯科臨床研修医採用申請書

研修管理委員会委員長
 群馬大学医学部附属病院
 病院長 田村 遵 一 殿

私は、貴院での歯科医師臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ応募いたし
 ます。ご採用いただきたく存じます。ご採用いただければ幸いです。
 群馬大学医学部附属病院ならびに研修医採用試験事務室よりご返信の程、よろしくお願い
 いたします。

マッチングID
 個人に与えられた番号です。
 登録に使用いたしますので、

忘れずに！
 印鑑を押印して下さい。

フリガナ					
氏名					正面上半身脱帽の 写真(裏面に氏名を 記入)をこの欄に貼付 (3cm×4cm)
生年月日	昭和 平成	年	月	日(満才)	男・女
マッチングID (参加登録後、個人に 与えられたIDを記入)					
住所	〒 ー (必ず都道府県名から記入してください。)				
	自宅電話 ー				
	携帯電話 ー				
メールアドレス (パソコン) ー (携帯) ー					
本人以外の連絡先	氏名				続柄等
	〒 ー 電話 ー				
受験票返送先 <small>(住所欄以外を希望する場合に記入)</small>	〒 ー 電話 ー				
履歴 <small>(学歴・職歴等 高等学校より記入)</small>					年 月卒業
					年 月(卒業・見込み)
受験日	平成29年8月19日(土)				

3か月以内に撮影したもの
 を添付して下さい。

メールアドレス
 連絡用に使用いたしますの
 で丁寧にご記入下さい。

臨床研修医採用申請者は、マッチングシステム参加者であることとする。

【記入上の注意】※欄は記入しないでください。

平成30年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医採用試験

受 験 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	

※欄は記入しないでください。

平成30年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医採用試験

写 真 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	

3か月以内に撮影したものを添付して下さい。

正面上半身脱帽の写真
(裏面に氏名を記入)を
この欄に貼付すること
(3cm×4cm)