令和4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歯科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. 研修医採用申請書・・・・・・ 所定の用紙に所要事項を記入してください。
2. 写真1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研修医採用申請書に貼付して提出してください。

◆応募書類受付期間

令和3年7月10日（土）から令和3年8月7日（土）　＊当日消印有効

◆試験の詳細については、令和3年8月9日（月）以降に通知予定です。

【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　牛込
TEL：027-220-7793／FAX：027-220-7808
Mail：c-center@ml.gunma-u.ac.jp

申請番号	※

令和4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　齋 藤　繁　殿

私は、貴院での歯科医師臨床研修を希望しますので、必[illegible]いたし
[illegible]馬大学医学部附属病[illegible]に従

忘れずに！
印鑑を押印して下さい。

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、
分かりやすく丁寧にご記入下さい。

[illegible]		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）
氏　　名	㊞	
生　年　月　日	昭[illegible]平[illegible]　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	〒　－　（必ず都道府県名から記入してください。） 自宅[illegible]　－	
	携帯電話　－　－	
	メールアドレス（パソコン） （携帯）	
本人以外の連絡先	氏　名　　続柄等	
	〒　－　電話　（　）	
履　歴（学歴・職歴等　高等学校より記入）	[illegible]卒業	
	年　月（卒業・見込み）	
受　験　日	令和3年8月21日（土）	

3ヵ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。
受験番号は申込受付終了後、メールにてご連絡します。
【記入上の注意】※欄は記入しないでください。