

令和9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、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正面上半身脱帽のものを申請書に貼付して提出してください。
3. 成績証明書1通……………応募直前までのもの

◆応募書類受付期間

令和8年7月1日（水）から8月21日（金）

*必着 ※持参の場合は平日（8時30分から17時15分のみ）

◆試験の詳細については、8月21日（金）夕方に通知予定です。

【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医療職キャリア形成支援係

臨床研修センター事務局 大澤

電話：027-220-7736/FAX:027-220-7808

Mail：c-center@ml.gunma-u.ac.jp

申請番号	※
------	---

令和9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、必ずお返事をいただきます。なお、採用された場合は、群馬大学医学部附属病院に就いて勤務いたします。

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。

氏名		(印)	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	〒 _____ (必ず都道府県名から記入してください。)		
	自宅	_____	_____
	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)			年 月 卒業
			年 月 (入学)
			年 月 (卒業・見込み)

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記入下さい。

- ・高等学校卒業
- ・大学入学
- ・大学卒業
- ・職歴をご記入ください。

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。