

平成24年度弘前大学医学部附属病院臨床研修歯科医願書

平成 年 月 日

弘前大学医学部附属病院長 殿

私は、下記により平成24年度弘前大学医学部附属病院歯科医師卒後臨床研修プログラムに応募致します。

氏 名 印

ふりがな 氏 名		生年月日 年齢・性別	昭和 年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女
現 住 所	〒  電話（携帯）： F A X ： メールアドレス：		
帰省先 (連絡先)	〒  電話： FAX：		
出身大学	平成 年 月 日 ( 卒業 ・ 卒業見込み ) 大学 学部 学科		
選 考 (面接)	①平成 23 年 7 月 27 日 (水) 15 時 00 分から ( ) ②平成 23 年 8 月 26 日 (金) 15 時 00 分から ( ) ③平成 23 年 8 月 31 日 (水) 15 時 00 分から ( ) (希望するものに○をつけてください。)		

提出先：弘前大学医学部附属病院総務課人事グループ臨床研修担当

〒036-8563 弘前市本町5-3 TEL：0172-39-5178 FAX：0172-39-5189