

高知大学医学部附属病院歯科口腔外科
令和6年度研修歯科医採用試験 【 受験申請書 】

ふりがな ()

名前 : _____

性別 : 男性、女性

生年月日 : 昭和・平成____年____月____日 (____歳)

出身・在籍大学名 : _____大学

卒業年 : 平成____年卒業・卒業見込み

マッチング・ユーザーID : _____

出身高校 : _____高校 (____県)

連絡先 : 〒 _____

電話番号 : 自宅・携帯 _____

メールアドレス : _____

希望試験日 : 第1回 令和6年8月10日(土) 10:00~

第2回 令和6年8月17日(土) 10:00~

第3回 令和6年8月31日(土) 10:00~

その他 (この場合は必ず電話連絡を入れること)

その他 :

必要事項を記入の上 088-880-2424 に Fax して下さい。受け取り確認はメールで致しますので、1 週間を過ぎてもメールによる受け取り確認が無い場合は 088-880-2422 に TEL して下さい。