

## 願 書 (履 歴 書)

※	令和    年    月    日		
フリガナ		性別	(写真)
氏 名		男・女	
生年月日	西暦                                  年                                  月                                  日 (昭和・平成)                  年                                  (                  ) 歳		
住 所	〒		
携帯電話		実家電話	
E-Mail			
希望 プログラム	希望研修プログラム (A1、A2、B) を記入してください。		
	第1希望	第2希望	第3希望
2年目以降 希望	1. 後期研修 (診療科:                                  ) 2. 大学院進学 (講座:                                  ) 3. その他 (                                  )		
<b>学歴・職歴</b>			
平成    年    月	高等学校卒業		
平成    年    月			
年    月			
年    月			
年    月			
年    月			
年    月			
年    月			
大学在学期間が7年以上、あるいは国試浪人：学業以外の理由があれば、記載してください。			

※

氏名

学業に関連する実績（論文発表・学会発表・受賞・検定資格・その他）

\*特になく場合は学業以外の活動実績（大学入学以降：クラブ活動・文化活動・ボランティア・その他）

\*注 各々について詳細に記載ください。以下に例を示します。

論文発表：著者名、論文タイトル、雑誌名、発表年、頁、巻、号

学会発表：発表者名、発表タイトル、学術大会名、会場、発表年月日

受賞：受賞者名、受賞タイトル、授与者、受賞年月日

検定資格：検定資格名、資格取得年月日



注1：※部の記入は必要ありません。

注2：以下の3つの書類を臨床教育研修センターに直接持参するか、郵送すること。

郵送の場合は、封筒表面に「歯科研修医応募書類在中」と朱書きし、必ず『簡易書留』にて送付すること。

8月5日（金）必着

1. 願書（履歴書）（本所定様式）
2. CBT 本試験成績証明書（未受験者は不要）
3. 受験票返信用封筒：定形封筒長3(12×23.5cm)に出願者本人の宛名を記入し、84円切手を貼り付けたもの

〒812-8582

福岡市東区馬出3-1-1

九州大学病院 臨床教育研修センター

（ウエストウイング棟4階）

T E L: 092-642-5222

F A X: 092-642-5219

E-mail: kenshu-c@dent.kyushu-u.ac.jp

注3：自己PR動画提出について

自己PR動画（1分以内）を8月5日（金）までに下記にご提出ください。

ファイル形式：MP4

撮影媒体は問いません。

ファイル名は、氏名・大学名とすること。

提出先：<https://bit.ly/3xKT2Xb>

注4：マッチングIDについて下記Googleフォームにて8月5日（金）までに回答してください。

U R L: <https://forms.gle/FfyhUJbBRJAjd7pA7>