

願 書 (履 歴 書)

※

令和 年 月 日

フリガナ			性別	(写真) 写真の裏面に 氏名を記入する
氏 名			男・女	
生年月日	西暦 (昭和・平成)	年 月 日 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）

\*特にならぬ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

※

氏名 \_\_\_\_\_

当院での研修を志望する理由について述べてください。

---

---

---

---

---

あなたの臨床研修開始から 10 年間のキャリアプランについて述べてください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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6日（金）必着

1. 願書（履歴書）（本所定様式）
2. 大学学業成績証明書
3. CBT 本試験成績証明書（未受験者は不要）

〒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）

TEL:092-642-5222 FAX: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6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/3y3W46u>