

願書(履歷書)

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（A 1、A 2、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（）			
学歴・職歴				
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）

*特にない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。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 7 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 7 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://archive.iii.kyushu-u.ac.jp/public/bXIwQAPI-s-AZUYBGEVy-jPeqcWUrwbiMwVTPibBsi6y>