埼玉医科大学総合医療センター
2025 年度臨床研修歯科医採用申込書

西暦　　年　　月　　日

埼玉医科大学総合医療センター
病院長　殿

私は、2025 年度の初期臨床研修歯科医に採用していただきたく申し込みいたします。

フリガナ		生年月日	(西暦)　　年　　月　　日
氏　　名		年　　齢	歳
		性　　別	男　・　女
現 住 所	〒		
電　　話		ＦＡＸ	
携帯電話			
E-mail アドレス	【 －(ﾊｲﾌﾝ) と ＿(ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ)、ｏ(ｵｰ) と ０(ｾﾞﾛ) など紛らわしい文字は判別できるようにご記入下さい。】		
その他の連絡先 （帰省先など）	〒 （電話　　）		
現在の所属 （大学名）	□2025 年 3 月卒業見込 □西暦　　年卒業（既卒）		

※ 締め切り後に面接の案内を郵送します。希望する郵送先に○をつけてください。
　　１．現住所　　２．その他の連絡先　　（指定のない場合は現住所に送ります）

本申込書を 履歴書（必ず写真を貼付のこと）とともに下記宛先まで郵送してください。
封筒に「臨床研修歯科医応募書類」と明記のこと。
　　応募締切：2024 年 8 月 9 日（金）必着

〒350-8550　　埼玉県川越市鴨田 1981
埼玉医科大学総合医療センター　臨床研修センター