埼玉医科大学総合医療センター
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

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）	□西暦　　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。

〒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