

令和7年度 北海道大学病院研修歯科医申請書（二次募集）

令和 年 月 日

北海道大学病院長 殿

(ふりがな)

氏 名

※自署をお願いします

北海道大学病院研修歯科医を志望しますので、下記のとおり申請します。

現住所	〒 ー		
	電 話 : ー ー		
	携 帯 電 話 : ー ー		
	E-mail : @		
	※ 帰省先等、上記以外の連絡先がある場合記入 〒 ー		
	電 話 : ー ー		
	出身大学	平成 年 月 卒業・卒業見込 大学 令和 年 月 卒業・卒業見込	
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳) 平成 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
希望プログラム	※ 裏面の記入上の注意を参照のこと		
	(1) プログラム志望順位	(2) 所属希望診療科	
		第一希望	第二希望
・複合型			
試験日	令和6年12月11日(水)		

*受験番号

(記入不要)

記入上の注意

- 希望診療科欄は、以下に留意の上、記入してください。

選択できる診療科

歯周病科	義歯科	クラウン・ブリッジ歯科	高齢者歯科	小児・障がい者歯科
口腔内科	口腔外科			

- ・ 複合型プログラムは、5か月間の協力型（I）臨床研修施設における研修を行いますので、本申請に並行して希望する協力型（I）臨床研修施設への連絡・訪問等を行ってください
- ・ 複合型プログラムで採用となった場合、協力型（I）臨床研修施設での研修期間は、「協力型（I）臨床研修施設」の直接雇用となります。雇用条件（給与、手当、勤務日、勤務時間、休暇等）については、必ず「協力型（I）臨床研修施設」に直接確認してください。
- ・ 第一希望・第二希望診療科の欄を必ず記入してください。