

令和3年度 北海道大学病院歯科臨床研修医申請書

令和 年 月 日

北海道大学病院長 殿

(ふりがな)

氏 名

(* 自署または記名押印)

北海道大学病院歯科臨床研修医を志望しますので、下記のとおり申請します。

現住所	〒			-		
	電 話 :			-		
	携 帯 電 話 :			-		
	E-mail :			@		
	※ 帰省先等、上記以外の連絡先がある場合記入					
	〒			-		
	電 話			-		
出身大学	平成		年 月		卒業・卒業見込	
	大学		令和			
生年月日	昭 和	年 月 日生 (歳)		性別	男・女	
	平 成					
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	
	・単独型	1 / 2 / 3				
	・複合型	1 / 2 / 3				
・総合型	1 / 2 / 3					
受験日	令和2年8月22日(土)		道内在住：対面面接		道外在住：Web面接	
※ 基本的には対面での面接試験を予定していますが、新型コロナウイルス感染対策として道外在住の方はWeb面接を行います。また、状況に応じWeb面接の対象を広げる可能性もあります。						

北海道大学病院 令和3年度歯科臨床研修医採用様式

* 受験番号	
--------	--

(* 欄は記入不要)

記入上の注意

■ 受験日欄は対面面接またはWeb面接に○印を記入してください。

■ 志望プログラム順位欄を記入する際には、下記のように単独型・複合型・総合型のそれぞれに異なった順位を割り振ってください。同じ順位を割り振ると出願できません。

※ 良い例

・ 単独型	1 / 2 / 3
・ 複合型	1 / 2 / 3
・ 総合型	1 / 2 / 3

※ 悪い例

・ 単独型	1 / 2 / 3
・ 複合型	1 / 2 / 3
・ 総合型	1 / 2 / 3

上記だと第一志望プログラムが判断できない

■ 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

予防歯科	歯周・ 歯内療法科	冠橋義歯補綴科	高齢者歯科	歯冠修復科
義歯補綴科	矯正歯科	小児・ 障害者歯科	口腔内科	口腔外科
歯科放射線科	歯科麻酔科	高次口腔医療 センター		

- ・ あらかじめ第一希望とする診療科（部）長に相談の上、記入してください。
- ・ 複合型プログラムを希望する場合は、志望する協力型臨床研修施設の訪問・見学を行ってください。なお、事前に協力型臨床研修施設説明会を7月18日（土）にWeb開催いたします。
- ・ 総合型プログラムを希望する者は、自動的に口腔総合治療部に所属します。事前に口腔総合治療部長へ相談を行って下さい。
- ・ 総合型とその他のプログラムを併願する方は、第一希望・第二希望診療科の欄を必ず記入してください。