

北海道大学病院歯科医師臨床研修プログラム 春の Web 説明会 参加申込書

フリガナ	
氏名	
大学名(卒業年月)	大学 (年 月 卒業・卒業見込)
出身地	都道府県 市区町村
電話番号	
メールアドレス	@
現住所	〒
医局見学第一希望	
医局見学第二希望	

※医局見学についても Web での説明会となります。

◆ 事前に質問を受け付けます。下記へ記入してください ◆

研修プログラムに関する質問	
希望診療科への質問	
その他(北海道での生活や気になることなど)	