|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号※ |  |

※記入不要

**令和８年度 岩手医科大学附属内丸メディカルセンター歯科医療センター**

**臨床研修歯科医採用申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター

歯科医療センター長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 印 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | | 年　　　月　　　日　生 | | | | | | | | |
| 平成 | |
| マッチング  ユーザーＩＤ※ |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

※歯科医師臨床研修マッチングプログラム参加者登録前の提出となる場合は記入不要

　私は、令和８年度岩手医科大学附属内丸メディカルセンター歯科医療センター臨床研修歯科医として採用頂きたく、関係書類を添えて申請いたします。

（氏名　　　　　　　　　 ）

１．希望する研修プログラムにチェックを入れて下さい。

※本項で希望した研修プログラムをもとにマッチングを行いますので、10月のマッチング時に本申請と異なる研修プログラムを選択するとアンマッチとなります。控えをとるなど忘れないようにご注意ください。

　　□　管理型臨床研修プログラムA

　　□　管理型（複合型）臨床研修プログラムB

　　□　プログラムA・プログラムBのいずれでも可

|  |
| --- |
| １.　上記プログラムを希望する理由 |
|  |
| ２．当院を研修施設として希望する理由 |
|  |
| ３．研修後の進路希望 |
|  |
| ４．クラブ活動及び社会貢献 |
|  |