

担当者記入欄	受付日： /	受付番号：
--------	--------	-------

琉球大学医学部附属病院
令和2年度採用歯科医師臨床研修医選考試験願書

令和元年 月 日

琉球大学医学部附属病院長 殿

(ふりがな)
氏 名 _____ 印

琉球大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医選考試験を受験いたしたく、
関係書類を添えて申し込めます。

(希望選考試験日：いずれかに☑してください。未記載の場合は、本院にて調整の上選考試験日を決定します)

希望選考試験日： 令和元年8月20日(火) 令和元年8月27日(火)

現住所	(〒 _____)
	※上記以外で郵便物等の受け取りが可能な住所を記入のこと。 (〒 _____)
大学名	大学 学部 (平成・令和 年 卒業・卒業見込)
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
連絡先	電話番号：(携帯電話) _____ - _____
	(自宅) _____ - _____
	E-MAIL：(携帯電話) _____ @ _____
	(PC) _____ @ _____