

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

琉球大学病院

令和3年度採用歯科医師臨床研修医選考試験願書

令和2年 月 日

琉球大学病院長 殿

(ふりがな)
氏 名 _____ 印

琉球大学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みます。

(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2年8月18日(火) 令和2年8月25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 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女)
連絡先	電話番号：(携帯電話) _____ - _____ - _____
	(自宅) _____ - _____ - _____
	E-MAIL：(携帯電話) _____ @ _____
	(PC) _____ @ _____