

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

琉球大学病院

令和4年度採用歯科医師臨床研修医選考試験願書

令和3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3年8月17日(火) 令和3年8月24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。<br>(〒 _____ )  |
| 大学名  | 大学 _____ 学部 _____<br>(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) _____ @ _____                          |