

臨床研修医（歯科）申込書

貴センターにおいて臨床研修をしたいので、関係書類を添えて申し込みます。

1. 希 望 診 療 科 歯科・歯科口腔外科
2. 出 身 大 学（見 込） _____
3. 卒 業（見 込）年 月 日 平成 年 月 日
4. 歯科医師免許証所有の有無 有 ・ 無 （いずれかに○を付けて下さい）
5. 試 験 日 平成21年 8月 22日（土）

平成 年 月 日

〒 ー

住所 _____

TEL () _____

氏名 _____ 印

国立国際医療センター

総長 桐野 高明 殿