

高知大学医学部附属病院歯科口腔外科
令和4年度研修歯科医採用試験（2次募集）【 受験申請書 】

ふりがな（ ）

名前： _____

性別： ☐男性、 ☐女性

生年月日：昭和・平成____年____月____日（____歳）

出身・在籍大学名： _____大学

卒業年：平成____年卒業・卒業見込み

マッチング・ユーザーID： _____

出身高校： _____高校（____県）

連絡先：〒 _____

電話番号：自宅・携帯 _____

メールアドレス： _____

希望試験日： 下欄に希望試験日を記載の上、FAX してください。

希望試験日は第3希望程度まで記載いただけると助かります。

--

そのほかの連絡事項はこちらの下欄に記入ください。

--

必要事項を記入の上 088-880-2424 に Fax して下さい。受け取り確認はメールで致しますので、
1週間を過ぎてもメールによる受け取り確認が無い場合は 088-880-2422 に TEL して下さい。