

高知大学医学部附属病院歯科口腔外科
令和 7 年度研修歯科医採用試験 【 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 : ☐第 1 回 令和 7 年 8 月 9 日 (土) 10 : 00～

☐第 2 回 令和 7 年 8 月 16 日 (土) 10 : 00～

☐第 3 回 令和 7 年 8 月 30 日 (土) 10 : 00～

☐その他 (この場合は必ず電話連絡を入れること)

その他 :

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。