

※欄は記入しないこと。

※受験番号

平成22年度 京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム
研修医 選考試験願書 (2次募集)

平成 年 月 日

写真貼付 3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した正
面上半身脱帽の写真(写
真票の写真と同一のも
の、裏面に氏名を記入)

この欄内に貼付すること

京都大学医学部附属病院長 殿


平成22年度京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム研修医選考試験
の受験を申し込みます。

なお、上記選考試験に合格した際は、平成22年度京都大学医学部附属病院歯科医
師臨床研修プログラム研修医として採用願いたく、申請いたします。

ふりがな			
氏名			
生年月日・性別	昭和 年 月 日生	男・女	(いずれかを○で囲んで下さい)
現住所 (建物名、部屋番号まで 詳細に記入のこと)	〒(-)	TEL - -	<input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する 携帯電話 - -
E-mail			
連絡先 (帰省先・実家等)	〒(-)	TEL - -	<input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する
出身大学・学部 卒業年次	大学	学部	平成 年卒業(予定)
志望プログラム ※2つのプログラムの うち、志望するプロ グラムを、志望順位 毎に○を付してくだ さい。	【第1志望】	<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院単独型歯科医師臨床研修プログラム	
		<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院群歯科医師臨床研修プログラム	
	【第2志望】	<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院単独型歯科医師臨床研修プログラム	
		<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院群歯科医師臨床研修プログラム	

(記載例)

履 歴 書				(ふりがな) きょうたい はなこ			
				氏名 京大花子			
本籍	京都府	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年	昭和 58年 4月 5日 生		
					年 月 日 改姓(旧姓)		
学歴	学校名・学部学科			修学期間		卒修中退別	
	京都府立〇〇高等学校			昭(平) 13.4 ~ 16.3		第 3 卒卒業	
	〇〇大学歯学部歯学科 ←学部学科名まで略さずに記載して下さい。			昭(平) 16.4 ~ 22.3		第 6 卒卒業	
				昭平 . ~ .		第 卒	
				昭平 . ~ .		第 卒	
				昭平 . ~ .		第 卒	
試験・資格	平成 年 月 日 歯科医籍登録済						
	歯科医師免許証取得 登録番号第 号						

年	月	日	職 歴
			なし
			(記載上の注意)
			1. 本籍、氏名、生年月日は必ず戸籍のとおり記載して下さい。
			2. 学歴は義務教育後の学歴について記載して下さい。卒業(修了)見込の場合も「見込」とは記入せず「卒業(修了)」とのみ記入して下さい。
			3. 履歴書の歯科医籍登録の日付・歯科医籍登録番号・履歴書作成の日付は、歯科医籍登録後に記入していただきますので空白とし、その他は全て記載して下さい。
			4. 職歴のある方については職歴も記載して下さい。
			5. 履歴書の最後には必ず明確に署名して下さい。
			必ずどちらかに○を付して下さい。
			
賞罰			<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり ()
上記のとおり相違ありません。			平成 年 月 日 ←空白のままお願いします。
			署名 京大花子

履 歴 書				(ふりがな)			
				氏 名			
本籍			性別	男 女	生月 年 日	昭和 年 月 日 生	
						年 月 日 改姓(旧姓)	
学 歴	学 校 名 ・ 学 部 学 科				修 学 期 間		卒 修 中 題 別
					昭 平 . ~ 昭 平 .		第 学 年
					昭 平 . ~ 昭 平 .		第 学 年
					昭 平 . ~ 昭 平 .		第 学 年
					昭 平 . ~ 昭 平 .		第 学 年
					昭 平 . ~ 昭 平 .		第 学 年
試 験 ・ 資 格	平成 年 月 日 歯科医籍登録済						
	歯科医師免許証取得 登録番号第 号						

年	月	日	職 歴
賞 罰			なし ・ あり ()
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日			
署 名			

平成22年度京都大学医学部附属病院 歯科研修医選考試験

受 験 票

※受験番号：
ふりがな：
氏 名：

※欄は記入しないこと。

平成22年度京都大学医学部附属病院 歯科研修医選考試験

写 真 票

※受験番号：
ふりがな：
氏 名：

※欄は記入しないこと。

写真貼付 3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真(選考試験願書の写真と同一のもの、裏面に氏名を記入)

この欄内に貼付すること