**鶴見大学歯学部附属病院**

**病院事務部事務課 臨床研修担当 宛**

**（**[**rinken-jim@tsurumi-u.ac.jp**](mailto:rinken-jim@tsurumi-u.ac.jp)**）**

**令和５年 　　月 　　日**

**令和６年度 鶴見大学歯学部附属病院臨床研修歯科医募集説明会**

**参加申込書**

**令和５年６月９日(金)開催の臨床研修歯科医募集説明会に参加を申し込みます。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性別** |
| **氏　　名** |  | **男**  **女** |
| **大 学 名** | **在学中（　　年次）**  **既卒（平成・令和　　年３月卒業）** | |
| **現 住 所** | **〒　　　-** | |
| **電話番号** | **（　　　　）** | |
| **メールアドレス** | **@** | |
| **病院見学** | **希望する**  **希望しない　どちらかにチェックしてください。** | |

**※本個人情報は歯科医師臨床研修に関するご連絡以外には使用いたしません。**

**（申込方法）**

**期日：令和５年６月２日(金)まで**

**１．**[**rinken-jim@tsurumi-u.ac.jp**](mailto:rinken-jim@tsurumi-u.ac.jp)**にこの書類を添付して送信してください。**

**２．メールが使用できない場合はFAX(045-581-0024)にて送信してください。**