（様式１）

**令和５年度　福島県立医科大学附属病院研修歯科医　選考試験申込書（２次募集）**

令和　　年　　月　　　日

福島県立医科大学附属病院長

氏名　　　　　　　　　　　　印

私は、福島県立医科大学附属病院研修歯科医選考試験を受験したいので、所定の書類を添えて申し込み

ます。

なお、採用された場合は、福島県立医科大学附属病院並びに研修協力施設の規則等に従い勤務します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏 名 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　　年　　　月　 　日生 |
| 現　住　所 | 〒 　　　－­  電　話 :  E-mail ： |
| 連　絡　先  （帰省先等上記以外の連絡先がある場合は、  記入してください。） | 〒 ­　　　－  電　話： |
| 出 身 大 学 | 大学  （　　　　年　　月　　日　　卒業・卒業見込み） |
| 選考試験希望日 | 令和　　年　　月　　日（　） |

【添付書類等】

①　履歴書(様式２)(写真3×4ｃｍ、無帽、上半身、正面向きとし３か月以内に撮影したものを貼付け)

②　卒業見込証明書又は卒業証明書

③　成績証明書（在学生は５年生まで）

④　返信用封筒（角２封筒に郵便番号、住所、氏名を記入し、１２０円分の切手を貼付）