（様式１）

令和８年度採用　福島県立医科大学附属病院研修歯科医 選考試験申込書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人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病院・施設の規則等に従い勤務します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏 名 | （ 　　　　　　　） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 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、ご記入ください） | 〒 　 －  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  （希望日に〇をご記入ください） | １．７月２５日（金）　　　　　　２．８月２０日（水） | | |

＜裏面に続く＞

【添付書類等】

①履 歴 書（様式２） ※上半身写真４×３ｃｍ、無帽、正面向き、３か月以内に撮影したものを貼付

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（返信用封筒に郵便番号、住所、氏名を記入し、１１０円分の切手を貼付ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ 志望動機について | | |
|  | | |
| ２ 学生生活について：あなたの学生生活（専門としていた分野、部（サークル）活動等）について書いてください。 | | |
|  | | |
| ３ 自己紹介について：あなたが自覚している性格やＰＲしたいこと等について書いてください。 | | |
|  | | |
| ４ 趣味、その他について | | |
|  | | |
|  | 勤務（アルバイト含む）した経験があれば、その主なものについて書いてください。 | |
| 仕 事 の 内 容 | 時 期 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 最近最も関心をひかれたことがらとその理由について書いてください。 | | |