

年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人  
市立東大阪医療センター理事長

受付印

# 臨床研修願

(令和5年度歯科臨床研修医用)

最近3ヶ月以内に  
撮影した写真を  
貼ってください。

市立東大阪医療センターの臨床研修医として応募したく、履歴書、成績証明書を添えて申し込みます。

願 出 者	(ふりがな)		性 別
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日生	
	現 住 所	〒 -	
	電 話 番 号	TEL - -	携 帯 - -
	連 絡 先(帰省先・実家等) (注) 受験票の送付先を こちらに希望する場合 のみ記入してください。	〒 -	
	メー ル ア ド レ ス		@
	出 身 大 学 及 び 卒 業 ( 予 定 ) 年 次	大学歯学部	年 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業予定
受 験 日 (希望日を第3希望まで記入)	月 日 ( ) 月 日 ( )	月 日 ( )	

# 履 歴 書

市立東大阪医療センター

年	月	学歴（高校から記入）

年	月	免許・資格等

当センター志望動機

自己PR

将来選択したい診療科

趣味・特技

宿舎への入居希望
<input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 未定