

別紙

## 福井総合クリニック歯科臨床研修プログラム研修医

### 選考試験願書・採用申請書

年 月 日

福井総合クリニック臨床研修病院群  
研修管理委員会委員長 殿  
福井総合クリニック 院長 殿

2025年度福井総合クリニック歯科臨床研修プログラム選考試験へ  
出願します。

尚、2024年実施のマッチングプログラムにおいてマッチングが成  
立した際には、2024年度福井総合クリニック歯科臨床研修プログラ  
ム研修医として採用願いたく、申請いたします。

採用された上は法令等ならびに福井総合クリニック及び研修協力  
病院・施設等の諸規則を遵守し勤務いたします。

大きさ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  
のもので裏面に氏名を  
記入し、この欄に貼付  
すること)

出 願 者	希望受験日*	8月2日 8月23日 その他の日を希望する場合 第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日 第4希望 月 日
	氏名	印
	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生
	本籍地	都・道・府・県
	現住所	〒 ー
	電話番号	
	最終学校・学部科名	
	卒業年月日	年 月 日卒業・卒業見込み

\*希望受験日に○を付けるか、別の日を希望する場合は、その日を記入して下さい。

#### 必要書類

- ①履歴書（指定様式）
- ②成績証明書