令和５年度　日本歯科大学新潟病院

歯科医師臨床研修説明会参加申込書

第１回　令和４年７月　８日(金)

第２回　令和４年７月３０日(土)

　　　　　　　　　　　　　希望の説明会に○をして下さい

　　　　　 フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　本学学生

　　　氏名:　　　　　　　　　　　 学生番号 :

　　　連絡先住所 : 〒

　　　電話番号:

　　　e-mail address :

　　　出身大学:

　　 　　 平成　・　令和　　年　　3月　　卒業　・　卒業見込み

　　　（１）いずれかの元号、卒業、卒業見込みに○をつけて下さい

（２）卒業年、卒業見込み年の数字を記載して下さい。

必要事項を記載し、令和４年7月6日(水)必着で下記宛郵送して下さい。

**※本学学生は、参加申込書を7月8日に説明会会場で回収します。**

　　　　　　　　　　　　　　〒951-8580

新潟市中央区浜浦町１-８

　　　　　　　　　　　　　　日本歯科大学新潟病院

　　　　　　　　　　　　　　院務部　歯科医師臨床研修係

　　　　　　　　　　　 電　話　025(211)8145