氏名は、本人が自筆で
記入してください。

試験の区分	臨床研修歯科医
受験番号※	

※病院記入欄

令和2年度採用飯田市立病院臨床研修歯科医　採用考査申込書

（令和元年　　月　　日現在）

写真を貼る位置

ふりがな		性別	1縦36～40mm 横24～30mm 2本人単身胸から上 3裏面のりづけ 4申込み前3か月以内に撮影したもの
氏　名		男・女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）		

ふりがな		郵便番号	―
現住所		電話（　　） ―	
ふりがな		郵便番号	―
現住所以外の連絡先		電話（　　） ―	
携帯電話			
E-mail	@		

年	月	学　歴　・　職　歴　（各別にまとめて正確に記入）
平成		高等学校卒業

受験希望日	7月26日	8月9日	8月30日	
希望日に○印				

（注）高等学校以上の学歴は、学部・科まで記入してください。

年	月	免　許　・　資　格　（取得見込みを含む）

※ 第一種普通自動車免許　有 ・ 無 ・ 取得見込み

自　己　紹　介　書

志望理由	
将来取り組んでみたいこと	
得意な科目及び研究課題	
クラブ（スポーツ、文化）・社会活動等の実績	
趣　味 特　技	
アピールしたい点	

受験票の送付先（現住所と異なる場合）	郵便番号	―
住 所	電話又はメールアドレス	