

平成 23 年 6 月 21 日

各大学歯学部

教務事務ご担当者 様

群馬大学医学部附属病院

臨床研修センター

「平成 24 年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医募集」のご案内について

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より当院卒後臨床研修にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本院では現在、平成 24 年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医を募集しており、より多くの歯学生の皆様にご応募いただきたいと願っております。

つきましては、ご多忙の折大変厚かましいお願いではございますが、同封の募集ポスターを学生用掲示版等にご掲示いただき、貴学生の皆様へご周知いただけましたら幸いに存じます。

何卒ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

お問い合わせ先
群馬大学昭和地区事務部総務課臨床研修係
臨床研修センター事務局
担当：高橋
電話：027-220-7793 / FAX：027-220-7808
E-mail：c-center@gunma-u.ac.jp



群馬大学医学部附属病院 歯科医師臨床研修医募集

◆募集定員 6名◆

*群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム臨床研修施設群型

- ・管理型臨床研修施設（1年次および2年次8ヵ月間、麻酔科研修（4ヵ月間）含む）

群馬大学医学部附属病院

- ・協力型臨床研修施設（2年次4ヵ月間）

老年病研究所附属病院歯科・歯科口腔外科

埼玉県央病院歯科・口腔外科

◆採用試験日◆

*平成23年8月13日（土）

◆応募方法および提出先◆

*当院が指定する提出書類の様式を

臨床研修センターへ郵送またはご持参ください。

*様式は下記よりダウンロード！

<http://c-center.dept.showa.gunma-u.ac.jp/dentai02.html>

*郵送の場合は必ず簡易書留にてお送りください。

*応募書類受付期間**平成23年6月27日（月）～7月30日（土）*当日消印有効

◆応募資格◆

*当院はマッチングシステム参加病院のため、マッチングシステム参加登録者に限る。

*歯科医師免許取得者（平成24年度105回歯科医師国家試験合格者を含む）であること。

◆問い合わせ先・応募書類送付先◆

*群馬大学医学部附属病院臨床研修センター

〒371-8511群馬県前橋市昭和町3丁目39番15号

電話：027-220-7793 FAX：027-220-7808

E-mail：c-center@gunma-u.ac.jp

HP： <http://hospital.med.gunma-u.ac.jp/>（附属病院）

<http://c-center.dept.showa.gunma-u.ac.jp/>（センター）

試験内容
筆記試験
英語試験
小論文
面接

★プログラムについては、只今厚労省へ申請中のため変更となる場合がございます。

平成24年度群馬大学医学部附属病院

歯科臨床研修医応募者へ

群馬大学医学部附属病院初期臨床研修医へ応募される場合は下記の点について留意し、受付期間内に必ず臨床研修センターまでご提出下さい。

◆提出書類

1. 研修医採用申請書・・ 所定の用紙に所要事項を記入してください。

2. 受験票・写真票・・・・・ 所定の用紙に所要事項を記入してください。

※受験表・写真票は切り取らないで下さい。

3. 写真2枚・・・・・・・・・・・・ 3か月以内に撮影した同一正面上半身脱帽のものを申請書、および写真票に貼付して提出してください。

4. 応募書類受付期間

平成23年6月27日(月)から平成23年7月30日(土) *当日消印有効

◆ 返信用封筒

角2封筒に応募者本人の宛名を記入し120円分の切手を貼付してください。

返信用封筒に記入する宛先は、必ず書類が届くご住所をご記入ください。

※角2封筒とは、A4用紙を折らずに入れられる大きさです。

◆受験票及び試験当日の詳細については、各試験日の一週間前頃に通知予定です。

【お問い合わせ先】
群馬大学医学部附属病院
昭和地区事務部総務課臨床研修係
臨床研修センター事務局 高橋
電話：027-220-7793/FAX:027-220-7808
Mail：c-center@gunma-u.ac.jp

申請番号	※
------	---

平成24年度歯科臨床研修医採用申請書

研修管理委員会委員長
 群馬大学医学部附属病院
 病院長 野島 美久 殿

下記により平成24年度群馬大学医学部附属病院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。

なお、採用された場合は、群馬大学医学部附属病院の規則等に従い勤務します。

群馬大学医学部附属病院 臨床研修センター

フリガナ				正面上半身脱帽の 写真(裏面に氏名を 記入)をこの欄に貼付
氏名	(印)			
生年月日	昭和 年 月 日(満 才) 男・女			
マッチングID (参加登録後、個人に 与えられたIDを記入)				
住所	〒 - (必ず都道府県名から記入してください。)			
	自宅電話		-	-
	携帯電話		-	-
	メールアドレス (パソコン) ----- (携帯)			
本人以外の連絡先	氏名			続柄等
	〒 - 電話 ()			
受験票返送先 (住所欄以外を希望する場合に記入)	〒 - 電話 ()			
出身大学等	大学 学部 学科			昭和 年 月 平成 卒業(見込)
受験日	平成23年8月13日(土)			

臨床研修医採用申請者は、マッチングシステム参加者であることとする。

【記入上の注意】※欄は記入しないでください。

申請番号	※
------	---

平成24年度歯科臨床研修医採用申請書

研修管理委員会委員長
 群馬大学医学部附属病院
 病院長 野島 美久 殿

下記により平成24年度群馬大学医学部附属病院歯科臨床研修プログラム研修医

マッチングID
 個人に与えられた番号です。
 登録に使用いたしますので、
 分かりやすく丁寧に記入下さい。

医学部附属病院の規則
 群馬大学医学部附属
 臨床研修センター
忘れずに！
 印鑑を押印して下さい。

フリガナ				正面上半身脱帽の 写真(裏面に氏名を 記入)をこの欄に貼付
氏名				
生年月日	昭和	年	月 日(満才)	
マッチングID (参加登録後、個人に 与えられたIDを記入)				
住所	〒 _____ (必ず都道府県名から記入してください。)			
	自宅電話		—	—
	携帯電話		—	—
メールアドレス	(パソコン)			
	(携帯)			
本人以外の連絡先	氏名			続柄等
	〒 _____	電話		
受験票返送先 (住所欄以外を希望する場合に記入)	〒 _____	電話		
出身大学等	大学	学部	学科	昭和 平成 卒業(見込) 年 月
受験日	平成23年8月13日(土)			

メールアドレス
 連絡用に使用いたしますの
 で丁寧に記入下さい。

臨床研修医採用申請者は、マッチングシステム参加者であることとする。
 【記入上の注意】※欄は記入しないでください。

平成24年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医選考試験

受 験 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	

※欄は記入しないでください。

平成24年度群馬大学医学部附属病院歯科医師臨床研修医選考試験

写 真 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	

正面上半身脱帽の写真
(裏面に氏名を記入)を
この欄に貼付すること

群馬大学医学部附属病院

歯科口腔外科 病院見学について

★歯学部生へ

歯学部生を対象にした、診療科の見学を随時行っております。お気軽にお申込下さい。



歯科口腔外科見学コース

希望日、見学内容をお知らせください。

(手術、外来の様子、病棟の雰囲気など)

※手術見学をご希望する方は金曜日のみとします。



★見学ご希望の方は・・・★
「病院見学申込書」を見学希望日の2週間前までに
臨床研修センターへ提出してください。

== お問合せ先 ==

群馬大学医学部附属病院 臨床研修センター

電話：027-220-7893 FAX：027-220-7808

E-Mail c-center@gunma-u.ac.jp

★★★

病院見学申込書

平成 年 月 日

群馬大学医学部附属病院
臨床研修センター長 殿

病院名・大学名 _____ (年)

ふりがな

氏 名 _____

群馬大学医学部附属病院での見学を下記のとおり申し込みます。

記

1 現在の状況 (いずれかに○印を付記してください)

〔 医学生 ・ 歯学生 ・ 研修医 〕

2 見学を希望するコース・希望日程

1) 診療科じっくり見学コース

希望診療科

希望日程

〔 _____ 〕 〔 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 〕

〔 _____ 〕 〔 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 〕

2) 病院全体コース

希望日程 〔 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 〕

見学内容について希望をお書きください (特に見たい診療科など)

〔 _____ 〕

3 駐車券の送付 希望する ・ 希望しない

4 宿泊案内 希望する ・ 希望しない

■履歴欄

生年月日	年	月	日 (満 歳)		
ふりがな				TEL	
現住所	〒	-			
ふりがな				TEL	
連絡先	〒	-			
				E-Mail	
年	月	学歴 (高等学校より記入)、職歴			

メール (c-center@gunma-u.ac.jp) の場合は申請内容を記載し、FAX (027-220-7808) ・ 郵送の場合は用紙をプリントアウトしお送り下さい。