

※記入は自筆のこと

2026年度採用 函館五稜郭病院 歯科研修医 採用試験申込書兼履歴書  
(プログラム名称：函館五稜郭病院歯科臨床研修プログラム)

年 月 日

函館五稜郭病院長 殿

私は、貴院における2026年度採用 歯科研修医採用試験の受験を希望致します。

|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|--------|------------------|--------------|-------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| フリガナ   |                  |              |                   | 性別          | <div>(写真欄)</div> <div>縦5cm×横4cm</div> <div>・3ヶ月以内に撮影したもの<br/>・正面、上半身、脱帽、<br/>無背景で、本人であると<br/>はっきり確認できるもの。</div> |  |  |
| 氏名     |                  |              |                   | 男・女         |                                                                                                                 |  |  |
| 生年月日   | (西暦) 年 月 日 (満 歳) |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 現住所    | 〒                |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 電話     |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| E-mail |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 本籍     |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 学歴     | 入学年月             | 卒業(見込)年月     | 学 校 名             | 学 部 ・ 学 科 名 |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月              | 年 月          | 高等学校              |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月              | 年 月          |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月              | 年 月          |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月              | 年 月          |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 職歴     | 就職年月日            | 退職年月日        | 会社等の名称及び職種(仕事の内容) |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月 日            | 年 月 日        |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月 日            | 年 月 日        |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        | 年 月 日            | 年 月 日        |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 資格・免許  | 種 別              | 取得年月日        | 登録番号              | 交付機関名       |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  | 年 月 日(取得・見込) |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  | 年 月 日(取得・見込) |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  | 年 月 日(取得・見込) |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 健康状態   | 既往歴:             |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
| 家族氏名   | 続柄               | 年齢           | 住 所               |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |
|        |                  |              |                   |             |                                                                                                                 |  |  |

① 当院での研修を希望した理由

② 初期研修修了後のキャリアプランの見通し

③ 自分の長所・短所

④特技・趣味・サークル 等

⑤ 学生時代に頑張ったこと

⑥ 「チーム医療における歯科医師の役割」についてどう考えるか

⑦ 「医師のプロフェッショナリズム」についてどう考えるか