

令和 年 月 日

大阪大学歯学部附属病院長 殿

ふりがな
氏 名

昭和 年 月 日生
平成

病 院 研 修 生 申 請 書

貴病院において、病院研修生として下記により従事したく、履歴書、免許証(写)を添えて申請いたしますので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

1. 研修を受けようとする職種の免許の種類

歯 科 技 工 士 免許

2. 研修期間

自 年 月 日

6 ヶ月

至 年 月 日

履 歴 書

(病院研修生用)

写 真

縦4cm×横3cm
上半身正面向きで3ヶ月以内に単身撮影したもの。

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏名		
生年月日		
電話番号	(自宅) - -	(携帯) - -
メールアドレス		
郵便番号		
ふりがな 現住所		

資 格 関 係

資格試験名称		交付年月日

学 歴

修学期間	学 校 名	備考
昭和 平成 年 月～ 年 月 日 令和		卒 業 卒業見込
昭和 平成 年 月～ 年 月 日 令和		卒 業 卒業見込
昭和 平成 年 月～ 年 月 日 令和		卒 業 卒業見込
昭和 平成 年 月～ 年 月 日 令和		卒 業 卒業見込

(注)学歴は、高等学校以降を記入のこと。備考欄は、該当する方を○で囲むこと。

職 歴

年:月:日	職 歴 事 項 (職種も記入すること。)
: :	
: :	
: :	
: :	
賞 罰 事 項	

※ 歯科技工士業務の中で、特に興味のある、あるいは得意の分野

(病院研修生用)

* 太枠の部分は、本人が記入してください。

[illegible]

※判定区分については、裏面を参照のうえ、該当の項目を○で囲んでください。

判定区分について

区 分		内 容
生活規正の面	A	勤務を休む必要のあるもの
	B	勤務に制限を加える必要のあるもの
	C	勤務をほぼ正常に行って良いもの
	D	平常の生活で良いもの
医療の面	1	医師による直接の医療行為を必要とするもの
	2	定期的に医師の観察指導を必要とするもの
	3	医師による直接又は間接の医療行為を必要としないもの

受 験 者 写 真 票

昭和
平成 年 月 卒業・卒業見込
令和

受験番号

大阪大学歯学部附属病院

2027年度歯科技工研修生選抜試験

受 験 票

(ふりがな) 男
氏 名 女

昭 和 年 月 日生(歳)
平 成

大 阪 大 学 歯 学 部 附 属 病 院

受験番号