

2019年度 歯科医師臨床研修  
研修希望者に対する見学・説明会の実施要領

1. 実施要領

日程: 2018年7月6日(金)、7月13日(金)、7月23日(月)

時間: 14:00~16:30 (13:30より受付開始)

場所: 大阪歯科大学附属病院(天満橋学舎) 〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-5-17

持ち物: 長白衣、院内シューズ、筆記用具(院内の売店で購入可能です)

日程		時間	集合場所	説明担当者	
				プログラムS(単独型)	プログラムC(複合型)
7月6日	金	14:00~16:30 (13:30より受付開始)	西館7階 会員研修室	紺井 拡隆	百田 義弘
7月13日					
7月23日	月				

※長白衣、院内シューズがないと見学できません。

2. 実施内容

- (1) 院内見学
- (2) 当院歯科医師臨床研修プログラム説明
- (3) 出願に関する事務連絡

3. 申込方法

対 象 : 2019年度歯科医師臨床研修希望者

申込期間 : 2018年6月7日(木)~2018年6月25日(月)午後4時必着

申込方法 : 以下の①~⑥の記載事項を下記Eメールアドレスへお送りください。

送信先Eメールアドレス: [yoshida-m@cc.osaka-dent.ac.jp](mailto:yoshida-m@cc.osaka-dent.ac.jp)

- ① 氏名
- ② ふりがな
- ③ 出身大学
- ④ 電話番号(自宅・携帯)
- ⑤ E-mailアドレス
- ⑥ 第1希望日・第2希望日・第3希望日

(参加可能な日程のみ記入ください。定員を超える可能性があるため、できるだけ第3希望までご記載ください。)

※お申込みいただいたEメールに受付完了メールを返信いたします。

送信先アドレスより受付完了メールを送信しますので、迷惑メールの設定にはご注意ください。

※お申込は個人単位で受付ます。複数名のお申込は受付しません。

※各日程の定員は40名です。定員以上の受付は行いませんので、ご承知ください。

《上記に関するお問い合わせ・送付先》

大阪歯科大学附属病院 病院庶務課

卒後研修担当: 武田・吉田

〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-5-17

TEL: 06-6910-1577 FAX: 06-6943-8051

Eメール: [yoshida-m@cc.osaka-dent.ac.jp](mailto:yoshida-m@cc.osaka-dent.ac.jp)