|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請番号 | ※ | 受験番号 | ※ |
| 2024年度 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科「病院経営人材養成コース」受講願書 |
| **東京医科歯科大学長　殿**フリガナ写　真（縦5cm×横4cm）無帽上半身、正面向で出願前3ヶ月以内に撮影した写真を貼ってください。＊写真の裏面に指名を記入すること。志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　　男・女ローマ字表記　　　　　　　　　　　　　　生年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）**貴大学大学院医歯学総合研究科****「病院経営人材養成コース」****の履修を希望しますので、所定の書類を添えて****申込みいたします。**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　コース担当教員 事前承認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞西暦　　　年　　月　　日 |
| 連絡先（履修許可通知等の送付先） | 〒電話番号：携帯電話番号：e-mail：＊携帯メールの場合は、「tmd.ac.jp」からのメールを受信できるよう設定してください。 |
| 現住所（上記と異なる場合のみ記入） | 〒電話番号：携帯電話番号： |
| 所属 | 施設名：所属部署：職位：所在地：〒　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　（内線） |
| 注意1. 必要箇所は○で囲むこと
2. ※印は記入しないこと
3. 西暦で記入すること
 |

（様式１）