

2026 年度
明海大学歯学部附属明海大学病院
歯科医師臨床研修
施設見学・説明会参加申込書

日 時 : 2025 年 7 月 12 日 (土) 13 : 00～

場 所 : 明海大学病院 2F 第 29 診療室ミーティングルーム

	年 月 日
ふ り が な	
参 加 者 氏 名	
出 身 あるいは 在 籍 大 学 名	
現 住 所	〒
携 帯 電 話 番 号	
E-mail アドレス	
どちらかにチェック してください。	☐ 施設見学を希望する ☐ 施設見学を希望しない

申込書提出先 〒350-0283
および 埼玉県坂戸市けやき台 1 番 1 号
問合せ先 明海大学歯学部附属明海大学病院
 病院事務課 臨床研修係
 TEL 049-279-2729
 FAX 049-285-6036

■ 個人情報の取り扱いについて

本病院は、個人情報を適切な安全対策のもと管理し、漏洩などの防止に努めます。また、法令などにに基づき開示する場合を除き、ご本人の同意なく開示・提供は致しません。

明 海 大 学