

歯科医師臨床研修に関する誓約書

年 月 日

医療法人社団関田会 ときわ病院長 殿

住 所

氏 名 印

私は、第 回歯科医師国家試験に合格した場合は、 年 月 日に
発表された歯科医師臨床研修マッチングの結果に従い、貴院の募集要項及び
研修プログラムの内容に従って、臨床研修を受けることを誓約します。