

# 済生会新潟病院 2026年度 臨床研修応募用履歴書

年　月　日　現在		
ふりがな		※性別
氏名		
生年月日	年　月　日　生(満　歳)	
住　所 連絡先	〒 -	
	電話番号： - - -	e-mail： @

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

選考に参加するプログラムに✓をつけて下さい。

併願希望者は志望順位 (①・②・③・④) を記載して下さい。

	済生会新潟病院臨床研修プログラム
	アライアンスプログラム A (公立昭和病院との連携プログラム)
	アライアンスプログラム B (宇治徳洲会病院との連携プログラム)
	アライアンスプログラム C (湘南鎌倉総合病院との連携プログラム)

年	月	学歴・職歴 (高校卒業から記入すること)

取得年月日	免許・資格 (免許の名称・資格番号を記入すること)
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	

写真貼付 ・提出前3か月以内に撮影されたもの ・裏面に氏名記入 ・大きさ 縦4cm×横3cm			
志望動機			
自己 PR (長所・短所を含む)			
研修後の希望			
好きな学科			所属クラブ等
趣味・特技			健康状態
扶養家族 (配偶者を除く) 人	配偶者 有　・　無		配偶者の扶養義務 有　・　無
地域枠対象学生 はい　・　いいえ	新潟県イノベーター育成臨床研修コース枠参加登録 有　・　無		
※ 病院記入欄 (申込者は記入しないこと)			