

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

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

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	

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）