

# 臨床研修申込書

年 月 日

済生会新潟病院

院長 本間 照 様

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、貴病院の臨床研修医として採用願いたく、下記のとおり必要書類を添えて申請いたします。

記

ふりがな 氏 名 生 年 月 日	年 月 日
希望研修期間	2026年4月1日 ~ 2028年3月31日
出身大学 (卒業年月日)	年 月 日 (卒業・卒業見込)
医籍登録番号 及び年月日	第 号 年 月 日
*マッチングID	

(添付書類) 1.履歴書(当院所定様式)

2.卒業証明書(写)または卒業見込証明書(原本)

3.医師免許証(取得者のみ、写)

(備考) \*マッチングID未取得の方は、ID取得後、下記へご連絡ください。

\*氏名の漢字は、国家試験出願書類と同じ字体で記載してください。

済生会新潟病院 教育研修センター  
〒950-1104 新潟県新潟市西区寺地 280-7  
TEL : 025-233-6161 (内線 2253)  
FAX : 025-233-8880  
Eメール : rinkensaiseikai.or.jp