**三次募集**

**済生会新潟病院 2025年度 臨床研修応募用履歴書**

年　　月　　日　現在

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　日 生（満　　歳）　　　 |
| 住所連絡先 | 〒 　- |
| 電話番号： - - | e-mail： @ |
|  |
| 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）

|  |
| --- |
|  |