

奨学生願書

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

応募者氏名 (氏名は本人自筆)		性別	生年月日
(ふりがな)		男・女	年 月 日
写真 縦4.5cm×横3.5cm 6ヶ月以内に 撮影したもの	現住所	〒 ー	
	電話番号 (携帯可)		
	e-mail	@	
	医籍登録番号	第	号
	出身大学		
応募した理由			
将来の抱負			

推 薦 状

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

被推薦者氏名

(推薦状提出時) 研修病院名

上記の者を新潟県・新潟医学振興会臨床研修医奨学金奨学生に相応しい研修医として推薦いたします。

推薦者氏名 (研修病院院長)

㊞

推薦者氏名 (研修医直属の指導責任者)

㊞

推薦理由

誓約書

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

(誓約書提出時) 研修病院名

氏 名

- 1 新潟県・新潟医学振興会臨床研修医奨学金を卒後臨床研修のために有効に使い、卒後臨床研修に励みます。
- 2 新潟県・新潟医学振興会臨床研修医奨学金実施要綱を遵守します。

以上、誓約いたします。

令和 年 月 日

氏 名

(本人自筆)

臨床研修修了報告書

令和 年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会 理事長 様

(報告書提出時) 医療機関名

氏 名

1. 臨床研修を行なった医療機関名
2. 臨床研修を修了しての、感想、意見、要望など
3. 奨学金の主な用途
4. 本奨学金制度に関する感想、意見、要望など
5. 臨床研修修了後の研修ないしは勤務の予定（わかる範囲で記入）
 - 1年目：
 - 2年目：

本報告書とともに、「臨床研修修了証」のコピーを添付下さい。

