

別紙様式

提出先 新潟県医師・看護職員確保対策課  
メールアドレス ngt040290@pref.niigata.lg.jp

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

## 令和3年度オンライン等による海外留学支援申請書

オンライン等による海外留学支援選考について、履歴書を添えて申請します。  
なお、海外留学研修の選考試験により候補者として内定された場合には、医師臨床研修マッチング協議会が実施するマッチングにおいて、海外留学支援病院又は海外留学支援病院の基幹型臨床研修病院を第一希望として選択する意思を有しています。

海外留学先大学名	
海外留学先所在地	
海外留学先での学位等希望するコース名称など	
海外留学予定期間	令和 年 月から令和 年 月まで
海外留学の学費等経費 <small>(※現在の為替レートで計算した概ねの額)</small>	約 千円 ※市等の採用候補者数決定の参考情報として活用します。
申請する病院 (希望する全ての病院にチェック☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 柏崎総合医療センター <input type="checkbox"/> 佐渡総合病院 <input type="checkbox"/> 村上総合病院 <input type="checkbox"/> 小千谷総合病院 <input type="checkbox"/> 燕労災病院 ※臨床研修の協力型病院である小千谷総合病院及び燕労災病院を希望する場合には、以下に基幹型病院名を記載願います。 ・小千谷総合病院の基幹型臨床研修病院の名称 ( ) ・燕労災病院の基幹型臨床研修病院の名称 ( )
英語能力試験等の結果等 ※試験等の結果等がない方は、現在の英語の能力等がわかる内容などを記載願います。英語試験結果等がなくても受験等は可能です。	・種類 ・点数 ※試験等の結果以外に、英語能力がわかる内容等 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
申請者	氏名・生年月日 ( 年 月 日生)
	住所・電話番号 TEL:
	メールアドレス
	在籍中の大学名等 名称 所在地

注) 履歴書(様式任意)を添付すること



