**新潟県共通臨床研修申込書**

令和７年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生　（　　　歳）　　　 | 性別(男・女) |
| マッチングID |  |
| 住所連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　携帯電話番号（　　　　　　　　　　　　） |
| E-mail |  |
| 卒業（予定）大学 |  | 属性 | 卒業見込 ・ 既卒 |
| 出身地 |  | 扶養家族(配偶者を除く) | 　人 |
| 配偶者 | 有　・　無 | 配偶者の控除義務 | 有　・　無 |
| 賞罰 |  |
| 面接希望日 | 第一希望：　　　　月　　　　日　（　　　）第二希望：　　　　月　　　　日　（　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴(各別にまとめて記入し、学歴は高校卒業から、職歴は入退職全てを記入すること) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（各別にまとめて書く） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（各別にまとめて書く） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

≪自己紹介欄≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 志望動機 |  |
| 自己PR(長所、短所、これまで取り組んだこと等) |  |
| 目指す医師像 |  |
| 希望研修プログラム(該当者) |  |
| 新潟県イノベーター育成コース受講希望 | 有　・　無 |
| 初期研修後の進路（予定） |  |