

地域医療重点プログラムエントリーシート（上越総合病院 臨床研修医）

上越総合病院 病院長 籠島 充 様

私は、貴院での研修を希望し、下記により申込みいたします。

令和7年 月 日

ふりがな			
氏名	⑩		
生年月日	年 月 日生 (歳)	男 ・ 女	
連絡先 住所	〒 携帯電話番号 ()		
E-mail		配偶者の有 無	有 ・ 無
卒業 (予定) 大学		出身地	

《自己紹介欄》

志望動機			
自己PR			
目指す医師像			
資格等			
修学資金等の 貸与の有無	有 ・ 無 名称 ()		
希望試験日	1. 5月17日(土)	2. 6月7日(土)	
新潟県イノベーター 育成コース受講希望	有 ・ 無		

※新潟県イノベーター育成コースの詳細は**医師ナビにいがた**

(<https://www.ishinavi-niigata.jp/medical-student/>) でご確認ください。

