**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　　篭島　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。