

上越総合病院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 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8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。

