

2026 年度 臨床研修マッチング受験 履歴書

申込日(西暦) 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日(西暦)	年 月 日 (満 才)
性 別	(任意記載・未記載も可)

写真貼付

写真をはる必要がある場合

1. 縦 36~40 mm

横 24~30 mm

2. 本人単身胸から上

3. 裏面のりづけ

現住所	〒	TEL	
帰省先	〒	TEL	
大学名 <small>卒業見込み又は卒業大学名</small>		卒年 <small>卒業見込み又は卒業年度</small>	

履 歴 事 項		
西暦	月	学歴（高校・大学等） 職歴等
得意科目		
クラブ・サークル 趣味・特技 免許・資格		
健康状態		良好・他（ ）

選考に参加するプログラムに✓をつけて下さい。 併願希望者は志望順位（①・②・③・④）を記載して下さい。		
	下越病院臨床研修プログラム A	
	下越病院臨床研修プログラム B（湘南鎌倉総合病院との連携プログラム）	
	下越病院臨床研修プログラム C（名古屋徳洲会総合病院との連携プログラム）	
	下越病院臨床研修プログラム D（岸和田徳洲会病院との連携プログラム）	
配偶者 有 ・ 無	地域枠対象学生 はい ・ いいえ	新潟県イノベーター育成臨床研修コース枠参加登録 有 ・ 無
下越病院を志望する理由 		
下越病院の実習で印象に残ったこと 		
3 年目以降の進路／目指す医師像・希望の診療科など 		
その他 自己アピールなど 		