

社会医療法人 新潟労働者医療協会 下越病院 御中

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. 裏面のりつけ

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