

平成 31 年度新潟県立病院臨床研修コンソーシアム  
 (基幹病院:新発田病院) 臨床研修プログラム  
 身 上 申 告 書

写真貼付位置

ふりがな		性別	男・女	
氏 名				
生年月日	昭和 平成	年	月	日生

現住所	〒					
メールアドレス				電 話		
健康状態	頑健・健康・病弱（病名および症状等）					
学       歴	学校名	学部名 専攻科名	所 在 地	在学期間	卒業・中退	
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
				・ ~ ・		
検定 ・ 免許 ・ 資格						
職     歴	勤務先	所在地	在職期間	職務内容	給料（月）	退職理由
			・ ~ ・			
			・ ~ ・			
			・ ~ ・			
			・ ~ ・			
			・ ~ ・			

禁治産または準禁治産宣告の有無		有 ・ 無
禁固以上の処刑の有無		有 ・ 無
趣味・特技		
<p>私は、この身上申告書の記載が、すべて真実かつ正確であることを確信し、申告いたします。</p> <p>平成    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

記載上の注意

- ※ 写真は最近 6 ヶ月以内、証明書サイズのもの。
- ※ 学歴欄は、最終義務教育課程以上の学校について年代順に記載する。
- ※ 職歴欄は、自家営業を含め年代順に記載する。