

令和5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) 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>令和 年 月 日</p> <p>氏名</p>	

記載上の注意

- ※ 本人の直筆で記入すること。
- ※ 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。