

令和6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	
面接希望日	・8月17（木）・8月18日（金）・どちらでも可
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。	
令和　年　月　日	
氏名	

#### 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。