

東京女子医科大学 後期臨床研修医募集要項 (中途採用者用)

<応募方法>

「後期臨床研修医願書」に志望する研修施設、研修科を明記し下記書類を添えてお申し込み下さい。

1. 履歴書 (写真付・指定書式) 1 通
2. 写真 (無帽上半身・カラー光沢 3 × 4 c m) 1 葉
3. 最終学歴卒業証明書 1 通

※学位記ではありません。卒業大学に証明書の依頼して下さい

4. 医師免許証・歯科医師免許証写し 1 通
5. 健康診断書 (指定書式) 1 通
6. 初期臨床研修修了 (見込み) 証明書 (書式不問) 1 通

※研修修了証書及び臨床研修修了登録証ではありません。

研修病院に証明書の依頼して下さい

採用に関する必要書類

7. 誓約書・身元保証書
8. 世帯全員が明記された住民票記載事項証明書 (本人確認の為)
※戸籍・マイナンバー除く
9. 世帯全員が明記された住民票【入職日の住居地のもの】 (住宅手当・通勤手当等の為)
※戸籍・マイナンバー除く

<研修期間>

原則 5 年間

※初期臨床研修修了後、他施設での研修期間を含め原則 5 年間は後期臨床研修医としての研修を継続します。

<身分および待遇>

東京女子医科大学の医員 (後期臨床研修医) として採用します。

給与・諸手当 : 本学規程により支給

社会保険等 : 本学健康保険、厚生年金保険、雇用保険、労災保険に加入

その他 : 育児・介護等に伴う短時間勤務制度あり

<申 込 先>

【本院】【成人医学センター】【東洋医学研究所】を希望する方

162-8666 東京都新宿区河田町 8 番 1 号

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター内

後期臨床研修制度委員会委員長 宛

【足立医療センター】を希望する方

123-8558 東京都足立区江北 4-33-1

東京女子医科大学附属足立医療センター 業務管理課

【八千代医療センター】を希望する方

276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96

東京女子医科大学附属八千代医療センター 業務管理課

※応募書類は全ての施設で統一されています。

※普通郵便等での紛失、破損、未着等につきましては、一切の責任はおい兼ねますので
ご了承下さい。書留やレターパック等、追跡可能な方法での送付を推奨します。

※書類送付の際、料金不足の場合は一切お受け取り出来ません。必ず送付料金のご確認
をお願いします。

<大学院希望者>

大学院入学希望者は、別途大学院入学試験等に関する手続きが必要となります。
下記までお問い合わせ下さい。

東京女子医科大学 医学部 大学院科 03-3353-8111 内線 31126

<研修施設名および問い合わせ先>

<u>東京女子医科大学病院 (本院)</u>	162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター TEL 03(3353)8111 内線 20331~20332
<u>足立医療センター</u>	123-8558 東京都足立区江北 4-33-1 東京女子医科大学附属足立医療センター業務管理課 TEL 03(3857)0112 内線 24105
<u>八千代医療センター</u>	276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96 東京女子医科大学附属八千代医療センター業務管理課 TEL 047(450)6000 内線 2431~2434
<u>成人医学センター</u>	150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-15-1 渋谷クロスタワー 20 階 東京女子医科大学附属成人医学センター業務管理課 TEL 03(3499)1911(代)
<u>東洋医学研究所</u>	162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 (南館 1 階) 東京女子医科大学附属東洋医学研究所 業務管理課 TEL 03-6709-9021(代表)

詳細は病院ホームページでご覧下さい。

ホームページアドレス

<https://www.twmu.ac.jp/info-twmu/iryorensi/boshuyoukou.html>

後期臨床研修医 願書

東京女子医科大学
後期臨床研修制度委員会委員長 殿

氏名 _____

新専門医制度・基本領域 で応募される方	基本領域以外で応募される方 (歯科・サブスペ領域等)
基幹施設名	研修施設名
連携施設名 ※基幹施設が当院の場合は記入不要。 当院以外の場合は、下記該当施設に○をしてください 本院・足立医療センター・八千代医療センター	研修診療科名
領域名	
研修診療科名	

※別紙、【基本領域名及び診療科名一覧】を参照し、ご記入ください。

必ずどちらかに○をして下さい

大学院入学希望 有 ・ 無

貴院後期臨床研修医として入室いたしたく、下記の書類を添えて応募致します。

記

- 履歴書 (写真付・指定書式) 1通
- 写真 (無帽上半身・カラー光沢3×4cm) 1葉
- 最終学歴卒業証明書 1通
※学位記ではありません。卒業大学に証明書の依頼をして下さい
- 医師免許証・歯科医師免許証写し 1通
- 健康診断書 (指定書式) 1通
- 初期臨床研修修了 (見込み) 証明書 (書式不問) 1通

※研修修了証書及び臨床研修修了登録証ではありません。研修病院に証明書の依頼をして下さい

採用に関する必要書類

- 誓約書・身元保証書
- 世帯全員が明記された住民票記載事項証明書 (本人確認の為)
※戸籍・マイナンバー除く
- 世帯全員が明記された住民票【入職日の住居地のもの】 (住宅手当・通勤手当等の為)
※戸籍・マイナンバー除く

《新専門医制度募集施設》

基本領域名及び診療科名一覧

【本院】

領域名	診療科名	
内科	呼吸器内科	
	高血圧内科(旧：高血圧・内分泌内科)	
	内分泌内科	
	血液内科	
	循環器内科	
	消化器内科	
	腎臓内科	
	脳神経内科	
	糖尿病・代謝内科	
	膠原病リウマチ内科	
	総合診療科	
	外科	呼吸器外科
		小児外科
乳腺外科		
内分泌外科		
心臓血管外科		
消化器・一般外科		
小児科	小児科	
	腎臓小児科	
	循環器小児・成人先天性心疾患科	
	母子総合医療センター新生児科	
皮膚科	皮膚科	
産婦人科	産婦人科	
	母子総合医療センター母体・胎児科	
耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉科	
脳神経外科	脳神経外科	
麻酔科	麻酔科	
精神科	神経精神科	
整形外科	本院整形外科	
	【本院整形外科・足立医療センター整形外科・八千代医療センター整形外科】	
眼科	眼科	
泌尿器科	泌尿器科	
放射線科	放射線腫瘍科	
	画像診断・核医学科	
救急科	救命救急センター	
リハビリ	リハビリテーション科	
形成外科	形成外科	
病理	病理診断科	
臨床検査	臨床検査科	
総合診療科	総合診療科	

【足立医療センター】

領域名	診療科名
内科	内科
外科	外科【本院・小児外科含】
	心臓血管外科
	呼吸器外科
	乳腺外科
	Acute Care Surgery
小児科	小児科
	新生児科
皮膚科	皮膚科
産婦人科	産婦人科
麻酔科	麻酔科
救急科	救急医療科
臨床検査	検査科

【八千代医療センター】

領域名	診療科名
内科	血液内科
	糖尿病・内分泌代謝内科
	呼吸器内科
	腎臓内科
	循環器内科
	消化器内科
	神経内科
	リウマチ・膠原病内科
	内視鏡科
	消化器外科
外科	乳腺・内分泌外科
	呼吸器外科
	心臓血管外科
	小児外科
小児科	小児科
	神経小児科
	小児集中治療科
	小児救急科
	新生児科
産婦人科	母体胎児科・婦人科
麻酔科	麻酔科
	産科麻酔科
	小児麻酔科
救急科	救急科
形成外科	形成外科

初期臨床研修修了（見込み）証明書

氏 名 _____

生 年 月 日 _____年_____月_____日

所 属 _____

身 分 _____

研 修 期 間 _____年_____月_____日 ~
_____年_____月_____日

当院は厚生労働省の定める臨床研修指定病院であり、上記の者は当院にて上記の期間、臨床研修を修了したこと、あるいは修了予定であることを証明する。

年 月 日

病 院 名

住 所

病 院 長 名

公印

職員証 顔写真貼付台紙

顔写真貼付台紙（下欄）に下記の条件を満たした写真をしっかりと貼り付けて、ご提出ください。

写真貼付欄
脱帽 上半身 (4×3 cm)

1. カラー、光沢の証明写真
2. 大きさはタテ4 cm、ヨコ3 cm
3. 3ヶ月以内に撮影したもの
4. 写真の裏面に所属・氏名を記入

職員番号： _____ (人事課記入) ID区分： _____ (人事課記入)

職 名： 後期臨床研修医 発行事由： 採用

(記入必須) 採用年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記入必須) 所 属： _____

(記入必須) ふ り が な

(記入必須) 氏 名： _____

(記入必須) 生 年 月 日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

人事課受付印

(人課保管)