

山形市立病院済生館 令和6年度専攻医募集要項

- 募集人員 内科領域 8名
- 研修概要 山形市立病院済生館内科専門研修プログラムをご確認ください
※このプログラムは、現在日本専門医機構へ申請中であり、1次審査時の内容となります。今後2次審査を経て承認されます。
- 応募資格 初期臨床研修修了者及び令和6年3月末日までに修了見込みの者
- 選考方法 面接及び書類選考
* 日本専門医機構の専攻医登録システムから当院プログラムに応募した者が対象となります。
- 選考日時 随時実施します
* 応募希望者は、事前に下記の連絡先(電話またはメール)へ問い合わせをお願いします。
- 選考会場 山形市立病院済生館 会議室
- 申込手続 次の書類を、下記に郵送して下さい
・山形市立病院済生館専攻医申込書
・医師免許証の写し(A4サイズに縮小したもの)
・臨床研修修了登録証の写しまたは修了見込証明書
- 処 遇 (1) 身 分:山形市正職員
(2) 給 与:卒後3年目(月額) 687,924円(税込) 賞与は別途支給
卒後4年目(月額) 706,136円(税込) 賞与は別途支給
卒後5年目(月額) 797,644円(税込) 賞与は別途支給
いずれも令和5年度の場合
※他に住居手当、通勤手当、宿日直手当(月2~3回)、時間外勤務等の手当有
(3) その他:年次有給休暇、夏期休暇、社会保険等あり
連携施設で研修する期間は、各施設での処遇になります
- 書類郵送先 及び募集に関する問い合わせ先 〒990-8533 山形市七日町1-3-26
山形市立病院済生館 管理課企画調整係 (臨床研修担当)
TEL 023-625-5555 (内線 2328) FAX 023-642-5080
e-mail kensyu@saiseikan.jp
済生館HP <https://www.saiseikan.jp/>

山形市立病院済生館 専攻医申込書

申込日 令和 年 月 日

顔写真添付
4cm×3cm
(作成日から6か月以内に作成したもの)

山形市立病院済生館内科専門研修プログラムの研修を申込みます。

| | | | |
|--------|-----------------------|-----|-----|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日生 (満 歳) | 性別 | 男・女 |
| 現住所 | 〒 - | 本籍 | |
| E-mail | | TEL | |

| 履 歴 | | | |
|----------|-------------|------|---------------|
| 学歴 | 在学期間 | | 学校名 ※高等学校卒業から |
| | 年 月 ~ 年 月卒業 | | |
| | 年 月 ~ 年 月卒業 | | |
| | 年 月 ~ 年 月卒業 | | |
| | 年 月 ~ 年 月卒業 | | |
| 初期 研修 | 研修期間 | | 研修病院 |
| | 年 月 ~ 年 月修了 | | |
| 職歴 | 在職期間 | | 勤務先 |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| 免許 資格 | 種 別 | 登録番号 | 取得年月日 |
| | 医師免許 | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|----------------------------|----------|--|----------|--|
| 将来の希望診療科 (サブ・スペシャリティ領域) | 診療 科名 | | 診療 科名 | |
| 希望する連携施設 | 病院名 | | 病院名 | |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 志望理由 | | | | |
| | | | | |