

山形市立病院済生館 令和5年度臨床研修医募集要項 (2次募集)

- 応募資格 令和5年度に医師免許取得見込みの者
- 選考方法 面接及び書類選考
- 選考日時 令和4年11月1日(火)から随時実施
 - * 応募希望者は、事前に下記の連絡先(電話またはメール)へ問い合わせし、日時等の調整を行ってください。
- 選考会場 山形市立病院済生館 会議室
- 申込手続 選考日時調整後、次の書類を下記に郵送して下さい。
 - ・選考試験受験申込書 (別紙様式1) **Word 使用可**
 - ・履歴書(写真添付) (別紙様式2) **Word 使用可**
 - * 選考日当日の詳細については、申込受付後に通知します。
- 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 管理課総務企画係 (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/>
- 処 遇
 - (1) 身 分: 正職員
 - (2) 給 与: 1年次(月額) 422,082円(税込) 賞与は別途支給
2年次(月額) 433,836円(税込) 賞与は別途支給
 - いずれも令和4年度の場合
 - ※ 他に住居手当、通勤手当、宿日直手当(月4回)、時間外勤務等の手当有
(年間総支給額 1年次:730万円 2年次:830万円)※令和3年度平均
 - (3) その他: 年次有給休暇、夏期休暇、社会保険等あり。

(別紙様式 1)

選考試験受験申込書

選考試験受験日	月 日	
フリガナ		
氏名		性別
医師臨床研修協 議会があなたに 貸与したユーザID		男・女
住所	〒 ー _____ 電話 ()	
連絡先(携帯番号・ メールアドレス)		
出身大学	大学	
当院での 初期研修を 希望した理由		

