

国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター

令和 8 年度 レジデント申込書

|      |   |   |    |
|------|---|---|----|
| ふりがな |   |   | 性別 |
| 氏名   |   |   |    |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日  |

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| 現勤務先       |                       |
| 所在地        | 〒 _____               |
| 電話番号       | ( _____ )             |
| 初期研修終了（見込） | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 |
| 面接日        | 令和 7 年 7 月 25 日       |

|                      |                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 出身大学                 | 大学                                                                       |
| 卒業                   | 年 _____ 月 _____                                                          |
| 地域枠該当<br>(どちらかにチェック) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>《有の場合、具体的な就労条件》 |

次ページの希望プログラムを選択して下さい。

【希望プログラム】 2016 年度以降医師免許取得者（新専門医制度）

希望プログラムおよびコース名に○をつけてください。

| プログラム名 |                            | コース名 |                  |
|--------|----------------------------|------|------------------|
|        | 国府台医療センター内科<br>専門医研修プログラム  |      | 消化器・肝臓内科重点コース    |
|        |                            |      | 心療内科重点コース        |
|        |                            |      | 統合内科重点コース        |
|        | 国府台医療センター精神科<br>専門医研修プログラム |      | 国立国府台医療センター基本コース |
|        |                            |      | 国際医療センター病院重点コース  |
|        |                            |      | みさと協立病院重点コース     |

【希望プログラム】 2015 年度以前の医師免許取得者（旧専門医制度）

希望プログラムに○をつけてください。

| プログラム名 |                |
|--------|----------------|
|        | 心療内科後期研修プログラム  |
|        | 児童精神科後期研修プログラム |

【希望プログラム】 子どものこころ専門医制度プログラム

希望プログラムに○をつけてください。

| プログラム名 |                   |
|--------|-------------------|
|        | 子どものこころ専門医制度プログラム |

【添付書類チェックリスト】

|  |                                        |
|--|----------------------------------------|
|  | ① レジデント採用願書（本紙）                        |
|  | ② 履歴書（当院指定のもの）                         |
|  | ③ 大学卒業証書の写（A 4） または 卒業証明書              |
|  | 【該当者のみ】大学院の修了証書の写（学位取得者は学位記の写を提出）（A 4） |
|  | ④ 医師免許証の写（A 4）                         |
|  | ⑤ 保険医登録票の写し（A 4）                       |
|  | ⑥ 現在に至るまでの臨床歴を証明する在職証明書（当院指定のもの）       |
|  | ⑦ 所属長の推薦状（様式は任意・A 4）                   |