

後期臨床研修医募集要項

平成 30 年度

東京女子医科大学

後期臨床研修制度特色

東京女子医科大学では、1966年よりすぐれた臨床医を育成するための卒後臨床研修プログラムとして本学独自の後期臨床研修制度：医療練士研修制度を運営してきました。これまでこの研修過程を修了した各領域の専門医が、国内外を問わず多くの機関・地域で活躍しています。このプログラムには例年140名を超える後期臨床研修医が入職し、現在までに約2700余名が研修を修了しています。

2017年度からの専門医制度の抜本的な改革に伴い、本学の後期臨床研修制度も大幅に見直し、本学独自の医療練士制度は2016年度までに後期臨床研修を開始した医師までとして、2017年度からは新しい後期臨床研修制度としてスタートしました。

この制度は、カリキュラムに従った5年間の後期臨床研修プログラムであり、さらに、広く一般的診療能力を有した専門領域の専門医を育成することが目標です。東京女子医科大学病院の大きな特徴は高度先進医療を担う診療科が揃っており、充実した診療科と優秀な指導医による研修システムが可能なことです。外来・入院患者数は国内トップクラスであり、他の医療施設では経験できないような臨床症例も多く、診療および研究能力を高めるためには最高の研修病院です。各診療科の専攻により専門領域の研修および専門医を取得することが可能だけでなく、他診療科へのローテーションもフレキシブルに行うことができます。

すでに初期研修を修了しておられる方々と歯科の方々は、学内各診療科がこれまでの制度での後期研修プログラムにそって後期臨床研修医として研修を行います。

2018年度から新専門医制度がスタートします。2016年4月に初期研修を開始して2018年3月に修了予定の方々については、原則として新制度で基本領域プログラムに沿った形で研修していただきます。本学でも19領域すべてに基幹施設として後期研修プログラムを用意しており、後期臨床研修医・専攻医として専門研修を行います。

どちらの場合も本学正式職員として待遇され、連携研修施設での研修期間は当該施設での処遇を受けることとなります。また、後期臨床研修医の待遇で、本学大学院生も兼ねることができる大学院生コースも整備され、専門医とともに医学博士号の同時取得も可能となっています。さらに、育児に伴う短時間勤務制度を導入し、勤務体系の充実も図っています。

<基本領域研修プログラム（本学施設が基幹施設となっているもの）>

本院

内科、外科、小児科、産婦人科、眼科、放射線科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、麻酔科、神経精神科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、形成外科、病理、臨床検査、総合診療科

東医療センター

内科、外科、小児科、産婦人科、皮膚科、麻酔科、救急科、臨床検査

八千代医療センター

内科、外科、小児科、産婦人科、麻酔科、救急科、病理

<研修診療科>

本院

内科【呼吸器内科、高血圧・内分泌内科、血液内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病・代謝内科、リウマチ内科、総合診療科】、外科【呼吸器外科、小児外科、乳腺・内分泌外科、腎臓外科、心臓血管外科、消化器・一般外科】、小児科【小児科、腎臓小児科、循環器小児科、母子総合医療センター新生児科】、産婦人科【産婦人科、母子総合医療センター母体・胎児科】、眼科【眼科、糖尿病眼科】、放射線科【放射線腫瘍科、画像診断・核医学科】、整形外科【整形外科、リウマチ整形】、皮膚科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、麻酔科、神経精神科、泌尿器科、救命救急センター、リハビリテーション科、形成外科、病理診断科、臨床検査科、総合診療科、化学療法・緩和ケア科、感染症科、感染制御科、歯科口腔外科、血液浄化療法科、消化器内視鏡科、輸血・細胞プロセッシング科、集中治療科

東医療センター

内科、小児科、外科、整形外科(リウマチ科を含む)、形成外科(美容外科を含む)、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、心臓血管外科(呼吸器外科を含む)、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、救急医療科、歯科口腔外科、精神科、リハビリテーション部、検査科、輸血部、病理診断科、在宅医療部、周産期新生児診療部、総合診療部、スポーツ健康医学診療部、心臓血管診療部、乳腺診療部、性差医療部、美容医療部、骨盤底機能再建診療部

八千代医療センター

内科【血液内科・腫瘍内科、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】、外科【消化器外科、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】、皮膚科、神経精神科・心身医療科、整形外科、母体胎児科・婦人科、眼科(小児眼科)、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、麻酔科(産科麻酔科、小児麻酔科)、病理診断科、救急科、形成外科、歯科口腔外科、化学療法科

< 募集人員 >

旧制度での募集は各科若干名

新制度での募集は各基本領域研修プログラム採用定員にて

< 応募資格 >

医師、歯科医師免許所有者で、2018年3月初期研修修了見込みの者および初期臨床研修修了後、本学以外の研修施設において後期研修中の者。

< 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・本学指定書式) | 2 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をして下さい | |
| (4) 医師免許証・歯科医師免許証写し | 2 通 |
| (5) 健康確認票 (本学指定書式) | 1 通 |
| (6) 初期研修修了 (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

< 応募に関して >

- ・すでに初期臨床研修を修了されている方：旧専門医制度での募集になります。

募 集 期 間 :	2017年10月1日 (日) ~ 2017年10月31日 (火)
選 考 方 法 :	11月中旬までに各研修施設の研修科で筆記試験または面接試験をおこないます。
採 用 内 定 :	2017年12月下旬までに採否の内定を応募者宛に通知します。

- ・原則として、医師臨床研修を平成 30 年 3 月末に修了予定の方：新専門医制度での募集になります。※医師臨床研修の修了が数ヶ月遅れる場合を含みます。

募 集 期 間 :	一次募集 2017年10月1日 (日) ~ 2017年11月15日 注意) 募集開始日以降、希望診療科の学会 HP より専攻医登録をし、当院希望領域のプログラムへ申込登録を行ってください。 二次募集 未定 (一次の採用人数によって募集あり。詳しくは希望診療科の学会 HP にて確認してください。)
採 用 試 験 日 :	2017年11月中旬 ~ 2017年12月中旬
合 否 結 果 :	専攻医登録システムよりメールにて通知予定

※現在、日本専門医機構で調整中の為、期間・採用試験日・合否結果については、分かり次第当院 HP に掲載予定。

※新制度以外の応募者については、専攻医登録は必要ありません。応募後、入局希望診療科より試験日等の連絡が入ります。合否結果については通知にてお知らせいたします。

< 採用手続 >

合否発表後、採用内定者へ採用に関する必要書類を郵送いたします。

< 研修期間 >

2018年4月1日 ~ 2023年3月31日 (原則5年間)

※初期臨床研修修了後、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 >

東京女子医科大学病院の医員 (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 : 育児に伴う短時間勤務制度あり

< 申 込 先 >

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

(用紙・申込先は全ての施設で統一されています。)

< 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ので、下記までお問い合わせ下さい。

東京女子医科大学 学務部 (医学部学務課大学院担当) 03-3353-8111 内線 22116

<研修施設名および問い合わせ先>

東京女子医科大学病院（本院）

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
FAX 03(5269)7825

東医療センター

116-8567 東京都荒川区西尾久 2-1-10
東京女子医科大学東医療センター 業務管理課
TEL 03(3810)1111 内線 4433~4434

八千代医療センター

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

成人医学センター

150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-15-1 渋谷クロスタワー21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)

膠原病リウマチ痛風センター

162-0054 東京都新宿区河田町 10-22
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 業務管理課
TEL 03(5269)1711(代)

東洋医学研究所

114-0014 東京都北区田端 1-21-8 NSKビル3階
東京女子医科大学附属東洋医学研究所 業務管理課
TEL 03-6864-0824(医局)

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：<http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/kouki-kensyu.html>

【新専門医制度】

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 _____

志 望

研修施設名 _____

領 域 名 _____

研修診療科名 _____ 科

別紙、【基本領域名及び診療科名一覧】の中から、研修施設名、領域名及び研修診療科名を選び
ご記入ください。ただし、以下の領域をご希望の場合はご注意願います。

※本院：内科・外科・小児科領域を希望される方へ

希望診療科がない場合は、研修診療科名に【希望診療科無し】とご記入ください。

例) 希望診療科有りの場合：施設名：本院／領域名：内科／研修診療科名：呼吸器内科
希望診療科無しの場合：施設名：本院／領域名：内科／研修診療科名：希望診療科無し

※整形外科及び眼科領域を希望される方へ

整形外科及び眼科領域は本院で募集します。書き方は下記を参照してください。

例) 本院整形外科を希望の場合：施設名：本院／領域名：整形外科／研修診療科名：本院整形外科
東医療センター整形外科を希望の場合：施設名：本院／領域名：整形外科／研修診療科名：東医療センター整形外科

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

- | | |
|--|-----|
| 1. 履歴書（写真付・指定書式） | 2 通 |
| 2. 写真（無帽上半身・カラー光沢3×4cm） | 1 葉 |
| 3. 最終学歴卒業証明書
※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 | 1 通 |
| 4. 医師免許証・歯科医師免許証写し | 2 通 |
| 5. 健康確認票（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）
※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 | 1 通 |

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・内分泌内科
	血液内科
	循環器内科
	消化器内科
	腎臓内科
	神経内科
	糖尿病・代謝内科
	リウマチ内科
	総合診療科
	外科
小児外科	
乳腺・内分泌外科	
腎臓外科	
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 【膠原病リウマチ痛風センター リウマチ整形外科・東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	本院眼科 【本院糖尿病眼科・東医療センター眼科・八千代医療センター眼科】
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

【東医療センター】

領域名	診療科名
内科	内科
外科	外科
	心臓血管外科
	呼吸器外科
	乳腺外科
小児科	小児科
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
	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
病理	病理診断科

新専門医制度以外の後期研修をご希望の方は
こちらの願書をご提出下さい

他施設で既に後期研修を行っている方／歯科口腔外科を希望している方 など

【一般用】

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 _____

第1志望

研修施設名

研修診療科名

科

第2志望

研修施設名

研修診療科名

科

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

- | | |
|--|----|
| 1. 履歴書（写真付・指定書式） | 2通 |
| 2. 写真（無帽上半身・カラー光沢3×4cm） | 1葉 |
| 3. 最終学歴卒業証明書
※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 | 1通 |
| 4. 医師免許証・歯科医師免許証写し | 2通 |
| 5. 健康確認票（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）
※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 | 1通 |

履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな		写真 1 縦40mm、横30mm 2 本人単身胸から上 3 3ヶ月以内に撮影 4 裏面のりづけ
氏 名		
※ 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	※ 男・女	
ふりがな		
現住所 〒		電話番号 自宅: () 携帯: ()
E-mail		
ふりがな		電話番号 自宅: () 携帯: ()
連絡先 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		

元号	年	月	学歴 職歴 受賞歴 資格免許 など (各別にまとめて書く)

記入注意

- 青または黒インキでペン書き
- 文字は楷書、数字はアラビア数字を使用
- ※印のところは○でかこむ
- No. 欄は記入しない

学校法人 東京女子医科大学

平成27年12月改

1/4ページ

元号	年	月	学歴 職歴 受賞歴 資格免許 など (各別にまとめて書く)

履 歴 書②

志望動機			
得意学科		スポーツ	
趣 味		特 技	
学生時代に取組んだこと等 特記事項			
扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者（○でかこむ）	配偶者の扶養義務（○でかこむ）	
人	有 ・ 無	有 ・ 無	

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）

履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな		写真 1 縦40mm、横30mm 2 本人単身胸から上 3 3ヶ月以内に撮影 4 裏面のりづけ
氏 名		
※ 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	※ 男・女	
ふりがな		
現住所 〒	電話番号 自宅: () 携帯: ()	
E-mail		
ふりがな	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	電話番号 自宅: () 携帯: ()
連絡先 〒		

元号	年	月	学歴 職歴 受賞歴 資格免許 など (各別にまとめて書く)

記入注意

1. 青または黒インキでペン書き
2. 文字は楷書、数字はアラビア数字を使用
3. ※印のところは○でかこむ
4. No. 欄は記入しない

元号	年	月	学歴 職歴 受賞歴 資格免許 など（各別にまとめて書く）

履 歴 書②

志望動機			
得意学科		スポーツ	
趣 味		特 技	
学生時代に取組んだこと等 特記事項			
扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者（○でかこむ）	配偶者の扶養義務（○でかこむ）	
人	有 ・ 無	有 ・ 無	

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）

空欄（採用者側記入用）

顔写真貼付用紙

写真貼付欄

脱帽 上半身
(3×4cm)

志望診療科 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本学記入欄

【IC機能付き職員証】 ・ 【職員証】

健康確認票

学校法人 東京女子医科大学

ふりがな			生年 月日	西暦	年	月	日生
氏名							
現住所	〒		☎		()		
結核関連検査結果							
血液検査 <u>医師・看護師</u> <u>必須</u>	検査日	西暦		年	月	日	
	検査方法	QFT		T-SPOT TB			
	結果	陰性		疑陽性		陽性 その他	
	備考	疑陽性、陽性の場合で予防内服等対応があれば下記に記入してください。					
胸部撮影 <u>全職員必須</u>	撮影日	西暦		年	月	日	
	区分	直接撮影			間接撮影		
	結果	異常なし			異常あり		
	所見	異常ありの場合等必要時に記入してください。 					
ウィルス抗体検査結果 <u>全職員必須</u>							
項目	検査日	測定値	検査法	基準値	ワクチン接種日		
麻疹							
水痘							
風疹							
流行性耳下腺炎							

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話番号

医師の氏名

印

記入上の注意事項

- 既に医療機関や学校等でこれらの検査を実施済みの場合は、そのデータのコピーをもって本書に代えることができます。
- 胸部撮影結果は1年以内のものを転記して下さい。それ以外は保有の最新データを転記して下さい。データの無い場合は医療機関で検査を受けて記入して下さい。
- 麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎のウイルス抗体検査は、IgG-EIA法にて実施が原則ですが、それ以外の検査法も下記でワクチンの要否を判断して下さい。
- 測定値欄は数値記入が必須です。
- 下記該当者は必ずワクチンを接種し接種日を記入して下さい。

ワクチン対象数値						
検査法 項目	EIA (デンカ生研)	FEIA (VIDAS)	NT法	PA法	H I 法	IAHA法
麻疹	8未満	1.44未満	8未満	256未満	16未満	—
水痘	4未満	0.98未満	—	—	—	8未満
風疹	8未満	32.74未満	—	—	32未満	—
流行性耳下腺炎	4未満	0.97未満	—	—	—	—

以上

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