【両面印刷用】

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．顔写真張付台紙（無帽上半身・カラー光沢３×４ｃｍ）　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　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をして下さい

採用に関しての必要書類
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
※当直料・住宅手当・通勤手当等は下記ホームページをご参照ください。
https://www.twmu.ac.jp/info-twmu/iryorenshi/taigu.html

＜申し込み先＞

【本院】の研修を希望する方

162-8666 東京都新宿区河田町 8 番 1 号
TEL 03(3353)8111　内線 20331～20332
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】の研修を希望する方

123-8558 東京都足立区江北 4-33-1
TEL 03(3857)0112　内線 24105
東京女子医科大学附属足立医療センター 病院企画運営課 宛

【八千代医療センター】の研修を希望する方

276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96
TEL 047(450)6000　内線 2431～2434
東京女子医科大学附属八千代医療センター
病院企画運営課　後期臨床研修担当 宛

【東洋医学研究所】の研修を希望する方

162-8666　東京都新宿区河田町 8-1（南館 1 階）
TEL 03-6709-9024
東京女子医科大学附属東洋医学研究所

※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

詳細は病院ホームページでご覧下さい。
https://www.twmu.ac.jp/info-twmu/iryorenshi/boshuyoukou.html

中途月採用者用

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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、下記該当施設に〇をしてください 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。

必ずどちらかに〇をして下さい

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）　1通
2．顔写真張付台紙（無帽上半身・カラー光沢３×４ｃｍ）　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　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をして下さい

採用に関しての必要書類
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

≪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
	腫瘍内科
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・頭頚部外科
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	本院眼科
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
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
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

No.

履　歴　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな	
氏　　名	
旧　　姓　　（　　年　　月　　日改姓）	
※ 昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳）	※ 男・女

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

ふりがな	電話番号
現住所　〒	自宅：　　（　　）
	携帯：　　（　　）
E-mail	
ふりがな	電話番号
連絡先　〒　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	自宅：　　（　　）
	携帯：　　（　　）

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．※印のところは〇でかこむ
4．No.欄は記入しない

学校法人　東京女子医科大学

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）

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 （４×３ｃｍ）

１．カラー、光沢の証明写真
２．大きさはタテ４㎝、ヨコ３㎝
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）

必ずお読みください

重　要

健康診断書にある【記入上の注意事項】を必ず読んでから提出して下さい。記載ミスがある場合、受け付けられません。

【健康診断書 2 枚について】

健康診断書は、**両面印刷**をすること。

両面ではなく 2 枚にわたる場合は、**結核、胸部撮影、ウイルス検査結果の写しを添付**すること。

【項目についての注意事項】

結核・ウイルス抗体検査：入職時から遡って **4 年以内**のデータが必要です。

それ以外：入職時から遡って **1 年以内**のデータが必要です。

【よくある不備内容】

既に実施している健康診断の中に、結核検査やウイルス抗体検査等を実施していないが、未実施のまま提出。

ウイルス抗体検査のワクチン接種対象数値を満たしていないが、ワクチン接種しないまま提出。また、ウイルス抗体検査の検査法・ワクチン接種年月日の記載がない。

【注意事項：補足】

・結核関連検査の血液検査は、**QFT または T－SPOT いずれかの方法**に限ります。検査結果が疑陽性・陽性の場合は、就業しても問題ないのか否かを備考欄に必ず明記して下さい。

・ウイルス抗体検査については、**必ず「検査日・測定数値・検査法・ワクチン接種年月日」の記載が必要**です。

・ウイルス抗体検査の**測定数値が【＋、－】だけでは受け付けられません。**必ず数値を記入して下さい。

・提出期限までに間に合わず、一部検査やワクチン接種結果を後日提出する場合には、その旨が分かるようにメモなどに記入して同封して下さい。

ご不明な点は各施設までお問い合わせ願います。

健　康　診　断　書

学校法人　東京女子医科大学

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日	
		E-mail		
現在所	〒　　☎　　（　　）			
既往歴		自覚症状		業務歴
身　長	cm	体　重	kg	腹　囲　cm

視力	裸眼　　矯正 右　　（　　） 左　　（　　）	聴力	右	正常　・　難聴	1,000Hz　所見なし・所見あり
					4,000Hz　所見なし・所見あり
			左	正常　・　難聴	1,000Hz　所見なし・所見あり
					4,000Hz　所見なし・所見あり

血液検査	貧　血	赤血球数	$\times 10^4/mm^3$
		血色素量	g/dL
	肝機能	AST（GOT）	U/L
		ALT（GPT）	U/L
		γ-GTP	U/L
	血中脂質	LDLコレステロール	mg/dL
		HDLコレステロール	mg/dL
		中性脂肪	mg/dL
	血　糖	（空腹時）	mg/dL
尿検査	蛋　白	（　　）	
	糖	（　　）	

血　圧	～	心電図	

内科診察所見

備考

色覚等、就業に関し特筆すべきものや、配慮の必要性　　あり　・　なし

『あり』の場合、下記に内容を記入してください。

記載年月日　令和　　年　　月　　日

住所（所在地）

電話番号

医療機関名

医師の氏名　　印

※裏面にも記載欄があります。「記入上の注意事項」もご確認ください。

結核関連検査結果		
※血液検査 診療に携わる医師・歯科医師・看護師等メディカルスタッフ（事務職は除く）	検査日	西暦　　年　　月　　日
	検査方法	QFT　　T-SPOT
	結　果	陰性　　疑陽性　　陽性　　その他
	備　考	疑陽性、陽性の場合、予防内服等対応事項があれば記入してください。
胸部撮影 全職種必須	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。

※ウイルス抗体検査結果　全職種必須						
項　目	検査日（西暦）	測定数値	検査法	ワクチン接種年月日（西暦）		
麻　疹	/　/			1回：　/　/	2回：　/　/	不明
水　痘	/　/			1回：　/　/	2回：　/　/	不明
風　疹	/　/			1回：　/　/	2回：　/　/	不明
流行性耳下腺炎	/　/			1回：　/　/	2回：　/　/	不明

---------- 記入上の注意事項 ----------

■既に医療機関や学校等で検査を実施済の場合は、そのデータを転記し、コピーを添付してください。

■結核関連検査（血液検査）とウィルス抗体検査は入職日から遡って**4年以内（※）**、それ以外は**1年以内**のデータを有効とします。データのない場合は医療機関で検査を受けて記入して下さい。

■複数の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれ当該項目を記入し複数枚提出しても構いません。

■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。
それ以外の検査法でも下記で必ずワクチンの要否を判断し対応して下さい。

■下記（ワクチン接種対象数値）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。
但し、生来2回のワクチン接種を済ませている場合には、3回目のワクチン接種は不要です。

ワクチン接種対象数値						
検査法 / 項目	EIA（ﾃﾞﾝｶ生研）	FEIA（VIDAS）	NT 法	PA 法	HI 法	IAHA 法
麻疹	16 未満	1.44 未満	8 未満	256 未満	—	—
水痘	4 未満	0.98 未満	—	—	—	4 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	—	—	—	—

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

年　　月　　日

誓　約　書

学校法人　東京女子医科大学
理事長　　清水　治　殿

住　所

氏名（自署）　　印

この度私は貴法人に採用されるにあたり、次のことを誓約いたします。

１．法人で定められた就業規則、その他服務に関する諸規程を遵守し、法人の発展に貢献するよう努力いたします。
２．安全及び衛生に関する注意を払い、定期健康診断を受診し自己管理を行います。
３．職務上知り得た個人情報について、業務以外でのデータの複写、転記、持ち出しを含め、漏えい等一切行いません。
４．故意または重大な過失により貴法人に損害をおかけしたときはその責を負います。

身 元 保 証 書

学校法人東京女子医科大学
理事長　　清水　治　殿

本人氏名

年　　月　　日生

現 住 所

この度上記の者が貴法人に採用されるにあたり、法人で定められた就業規則、その他服務に関する諸規程を遵守させることを保証いたします。

万一、本人がこれに違反し、故意または重大な過失によって貴法人に損害をおかけしたときは、本人に責任をとらせると共に連帯してその損害（上限は５００万円まで）を賠償いたします。

令和　　年　　月　　日

保 証 人 氏 名　　印

年　　月　　日生

本人との続柄

現　住　所

電 話 番 号

携帯電話番号

メールアドレス