**応募書類の送付について**

1. **エントリーシート（本書類の２ページ目以降）**【注意事項・必ずお読みください】
※ 手書きは厳禁とします。
2. **医師免許証（写し）**
3. **保険医登録票（写し）**
4. **臨床研修修了見込証明書**

上記4点をクリアファイルに入れ、普通郵便またはレターパックで下記宛先まで送付ください。

〒210-0024 川崎市川崎区日進町7-1 川崎日進町ビルディング3階
社会医療法人財団石心会　法人事務局

医師招聘部　鈴木邦満

**履歴書**　　2024年　　月　　日現在

写真（縦4cm、横3cm）

半年以内に撮影した写真を貼付すること

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名㊞ 　　　　  |
| 西暦　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） | 性別 　男 ・ 女 |
| ふりがな |
| 現住所　　〒　　－出身県： |
| 電話 | 携帯電話 |
| E-mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年（西暦） | 月 | 学歴ならびに職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

医師免許

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年　　月　　日　　第　　　　　　回医師国家試験合格 |
| 医籍登録番号　　第　　　　　　　　号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | その他資格・特技等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. 希望する研修タイプを選択してください。（☑を入れてください。）[ ] 　サブスペシャリティ重点研修タイプ（腎臓内科）
2. 選択の理由を記してください。（なぜ当院のプログラムを希望するのかを含め）
3. 専門研修修了後の進路について、理由を含めて記してください。
 |

「地域枠の従事要件」に関する確認書

地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、当院では医師の採用時に「地域枠従事要件」が課されていないかどうかの確認を行っておりますので、以下の質問にご回答をお願いします。

記載日：　2024年　　月　　　日

問１いは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問２にもご回答ください。）いいえ質問２当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問3にもご回答ください。いいえ⇒奨学金返還済みその他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）質問3地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします

 質問１　医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。

（いずれかに☑を入れてください。）

[ ]  は い ⇒ 質問２ にもご回答ください。

[ ]  いいえ

質問２　当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。

（いずれかに☑を入れてください。）

[ ]  は い ⇒ 質問3 にもご回答ください。

[ ]  いいえ ⇒ 奨学金返還済み

その他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）

質問３　地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

※記載例
●●県の医師修学資金を受けた場合

原則として▲年間の県内勤務

特に必要である場合は，県外での勤務（研修）も認められる

但し、県外勤務期間は6年間に加算されない

最終年(6年目)を県南地域での勤務で終えることは不可