

東京医師アカデミー

シニアレジデント

令和 年 月 日

令和4年度 都立/公社 病院 応募用紙 兼 履歴書

ふりがな				写真添付 申込前6ヵ月以内に撮影 された無帽で正面上半身 無背景のものとする。 大きさ タテ4cm ヨコ3cm
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (年度末 歳)	
ふりがな				
現住所	〒			
電話番号	() —			
メールアドレス	@			
ふりがな				
緊急連絡先	〒 電話 () — 携帯電話 () —			
学歴	() 高等学校	年 月	卒業	
		年 月	入学	
		年 月	卒業	
		年 月	入学	
		年 月	卒業	
		年 月	入学	
		年 月	卒業	
免許	医師 医籍登録 昭・平	年 月 日	第 号	
健康状況				
臨床研修歴 勤務歴	勤務期間	施設名	診療科名	職種
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
※「職種」欄には初期研修、後期研修等の別を記載すること。研修医以外の勤務期間がある場合は、分かるように記載すること。				
賞罰の有無				
応募コース (基本領域)			専攻したい 専門分野	

志望理由							
所属学会・資格	学会加入の有無 有 () ・ 無 認定医・専門医資格の有無 有 () ・ 無						
学会発表・著作論文等							
自己PR							
初期臨床研修の自己評価							
修了後の進路希望	1 市中病院勤務 (含む都立病院・公社病院) 2 大学病院勤務 (含む大学院) 3 へき地診療所勤務 4 開業 5 その他 ()						
単身宿舎の希望	有 ・ 無						
ER/救命救急短期研修の希望	有 ・ 無 〔東京医師アカデミーでは、総合診療能力醸成のため、内科系または外科系コースを専攻する方について、3ヶ月程度のER/救命救急短期研修を必修としています。その他のコースを専攻する方でも希望により同研修が可能です。〕 ※新専門医制度の一部の基本領域によっては受けられない場合があります。						
<p>参考のため、他に希望する都立病院・公社病院がある場合は下記にご記入ください。</p> <p>(なお、併願する場合は、それぞれの病院に応募が必要です。)</p> <table border="1"> <tr> <td>病院 コース () 科)</td> <td>理由</td> </tr> <tr> <td>病院 コース () 科)</td> <td>理由</td> </tr> <tr> <td>病院 コース () 科)</td> <td>理由</td> </tr> </table>		病院 コース () 科)	理由	病院 コース () 科)	理由	病院 コース () 科)	理由
病院 コース () 科)	理由						
病院 コース () 科)	理由						
病院 コース () 科)	理由						
<p>東京医師アカデミー募集について、何によってお知りになりましたか。</p> <p>1 東京医師アカデミーHP 2 病院HP 3 レジナビ web 4 レジナビ以外のセミナー () 5 求人情報サイト () 6 紹介 () 7 その他 ()</p>							

※ 全ての欄にできるだけ詳細に楷書で記入してください。

※ 上記個人情報については、特段異議がない場合、「東京医師アカデミー個人履歴カード」として病院経営本部及び(公財)東京都保健医療公社で利用する旨同意したものとします。なお、情報の取扱いには十分留意します。

※ 都立病院及び公社病院は、令和4年度内を目途に地方独立行政法人への移行準備を進めています。