

**1.プログラム名称並びに募集定員**

プログラム番号	プログラム名称	定員数	備考
申請中	東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム	37名	※定員数変動の可能性あり
申請中	東京医科大学病院卒後臨床研修(小児科・産科・周産期)プログラム	4名	

※定員数の正式決定は、後日決定します。

**2.出願資格**

原則として第115回日本医師国家試験を受験する者、あるいは医師国家試験に合格し新たに臨床研修を行う者

**3.選考方法**

東京医科大学病院、茨城医療センター、八王子医療センターの採用試験を合同で実施します。

マッチング順位の基準は各施設で異なります。

1)試験日:2020年(令和2年)8月22日(土) 午前:筆記試験 午後:面接

※所属大学の卒業に関わる行事により受験できない場合は各施設にお問合せ下さい。

2)試験場所:〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1 東京医科大学病院

3)試験内容:筆記試験(基礎医学問題、一般常識問題)、面接 ※鉛筆・消しゴムを持参すること。

4)結果発表:医師臨床研修マッチング協議会の最終結果発表による。発表日:2020年(令和2年)10月22日(木)

**4.出願について**

1)出願期間 2020年(令和2年)7月6日(月)~2020年(令和2年)8月5日(水)必着

※受験票は締め切り後一斉に郵送いたします。

2)出願方法 下記の書類を第1希望の施設へ郵送(書留)もしくは、各施設の卒後臨床研修センターに持参してください。

当院送付先: 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1  
東京医科大学病院 教育部 卒後臨床研修センター

- 3)出願書類
- a. 臨床研修医願書(当院指定。ダウンロード(pdf形式)してご記入下さい)
  - b. 地域枠の従事要件に関する確認書(当院指定。ダウンロード(pdf形式)してご記入ください)
  - c. CBT 個人別成績表(写し)
  - d. 成績証明書(卒業見込みの者は5年次までのもの)
  - e. 卒業(見込)証明書
  - f. 推薦状1通 (書式は自由。ダウンロード(pdf形式)してご利用もできます)  
推薦状の宛先は、第1に希望する施設の施設長宛にて作成してください。  
推薦状作成者は学(部)長や担当教諭(担任)、クラブ顧問等が挙げられます。
  - g. 84円分の郵便切手
  - h. 長形3号(120×235)封筒1枚(受験票送付用)

※封筒には、返信先住所を記載し、g.の切手を貼付すること。

※東京医科大学出身者はc~f(CBT、成績証明書、卒業(見込)証明書、推薦状)は不要です。

**5.待遇・その他**

- 1)給与:月額約24万円(夜勤手当含む/夜勤の振替休暇あり)※総支給額
- 2)身分:常勤(臨床研修医)
- 3)宿舎:有
- 4)社会保険、労災保険、雇用保険:加入
- 5)健康診断:年2回

2021年（令和3年）度採用

東京医科大学病院  
 東京医科大学茨城医療センター 臨床研修医願書  
 東京医科大学八王子医療センター

記載年月日：2020年（令和2年） 月 日

		受験番号 (事務局記入欄)				写真添付欄 縦4cm×横3cm  背景無地 脱帽正面像 3ヶ月以内撮影 写真裏面氏名記入
		マッチング協議会から 配布されたあなたの ユーザーID				
ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生(満 才)			
現住所	〒 _____ - _____ 自宅電話： ( ) 携帯電話： ( ) E-mail (携帯電話)： _____ ※E-mailは@tokyo-med.ac.jpのドメインより着信できるようにしてください。					
保証人 (父兄)	〒 _____ - _____					TEL ( )
						FAX ( )
	氏名	本人との 関係				
通知文書等 送付先住所	・現住所 ・保証人 ・その他(右に記入)		〒 _____ - _____			
年(西暦)	月	学歴(高等学校入学から記入)・職歴 ※書ききれない場合には別紙にて提出してください。				
志望動機						

◎マッチングを行う際、登録するプログラムのカッコ内に○を付けてください(複数回答可)

- ( ) 東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学病院(小児科・産婦人科・周産期)卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学八王子医療センター研修プログラム

## 地域枠の従事要件に関する確認書

近年、地域医療への貢献等を目的とした都道府県の地域枠の学生が増加していることから、当院では研修医の採用時に『地域枠従事要件』が課されているか否かの確認を行っておりますので、下記設問についてご回答をお願いいたします。

※この確認は、厚生労働省通達「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項について」の一部改正について」（平成30年8月20日付医政医発0820第2号）に基づき行っております。

記載日：令和 年 月 日

受験番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

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（奨学金含む）がありますか。  
または、現時点で離脱しているが過去に地域枠で従事要件が課されていましたか。

- はい ⇒質問2へ  
 いいえ ⇒質問は以上で終了です

質問2 従事要件が課されている都道府県をお答えください。

--

質問3 地域枠での従事要件の内容について具体的にご記入ください。

従事要件	
義務年限	
その他	

