

(令和2年5月28日現在)

## 初期研修医募集

### 初期研修医試験内容

素晴らしき淡路医療センターでの青春の日々を君に!

試験内容	書類選考、面接
書類提出先 問い合わせ先	書類の提出、資料の請求その他の問い合わせは、下記あてにお願い致します。 〒656-0021 洲本市塩屋1丁目1-137 兵庫県立淡路医療センター 総務課 担当 阿部 TEL:0799-22-1200 FAX :0799-24-5704 兵庫県病院局研修医募集ページ ( <a href="https://web.pref.hyogo.lg.jp/life/cate3_148.html">https://web.pref.hyogo.lg.jp/life/cate3_148.html</a> )も合わせてご覧ください

### 募集概要

募集資格	令和2年医師国家試験受験予定者
募集人員	13名(今後変更となる場合があります)
研修期間	2年間(令和3年4月1日～令和5年3月31日)
応募受付	令和2年6月1日(月)～7月31日(金)
提出書類	兵庫県立病院臨床研修医受験申込書、小論文(課題:私の目指す医師像) ※A4用紙に1,200～1,600字程度(但し、40字×40行の書式に設定してください。) 成績証明書 1部、卒業見込証明書 1部 以上の書類を募集期限内に直接持参(平日17時まで)または郵送してください。 いずれも兵庫県立淡路医療センター総務課まで。まずE mailでお問い合わせ下さい

試験日	令和2年8月20日(木)、21日(金)、24日(月)~28日(金)の間の指定する日(1日)
会場	兵庫県立淡路医療センター
選考結果	文書で本人へ通知
身分	臨床研修医(会計年度任用職員)
報酬	月額 1年目 270,900円 2年目 286,500円 (上記金額から厚生年金保険、健康保険及び雇用保険料が控除されます。)
勤務時間	週38時間45分
手当	通勤手当 規定により支給(宿直手当、超過勤務手当、実績に応じて支給)
その他	厚生年金保険、健康保険、雇用保険に加入、宿舎あり
書類提出先 問い合わせ先	書類の提出、資料の請求その他の問い合わせは、下記あてにお願い致します。 〒656-0021 洲本市塩屋1丁目1-137 兵庫県立淡路医療センター 総務課 担当 阿部 TEL:0799-22-1200 FAX :0799-24-5704 メールでのお問い合わせはこちらから <a href="mailto: MisakiAbe@pref.hyogo.lg.jp">MisakiAbe@pref.hyogo.lg.jp</a>

令和3年度採用 兵庫県立病院臨床研修医受験申込書

注1) 応募先基幹型臨床研修病院名	注2) 希望順位	注3) 受付印	注3) 受験番号

※ 他の兵庫県立病院受験申込の有無 (有: 病院名 \_\_\_\_\_) 無

(ふりがな) 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (写真貼付欄) 帽子をつけないで上半身正面を撮った写真  サイズ タテ4cm×ヨコ3cm	
生年月日 平成 年 月 日 (令和2年4月1日現在満 歳)			
住所 (連絡先) 〒			
自宅電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -			
帰省先 (住所と異なる場合のみ) 〒		郵便物の送付先 ○をつけてください。	
電話 ( ) -		現住所・帰省先	
メールアドレス (添付ファイルが受信・閲覧可能なPC又は携帯のアドレス) PC / 携帯 @			
学 歴 (中学校卒業から記載)			
時 期	学 校 名		区 分
平成 年 月			<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退
平成 年 月			<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退
平成 年 月			<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退
平成 年 月			<input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退
職 歴			
	在職期間	勤務先	
最 終	年 月～ 年 月		
その前	年 月～ 年 月		
注4) 親族の状況			
続柄	氏 名	年 齢	所属・職名 備考

(注1) 尼崎総合医療センターを希望する場合は、「一般コース」「小児科専門コース」「産科コース」の別も記入してください。

(注2) 「希望順位」欄は、複数の基幹型臨床研修病院に応募する場合のみ、その希望順位を記入してください。

(注3) 「受付印」及び「受験番号」欄には、何も記入しないでください。

(注4) 「親族の状況」には、県立病院に勤務している三親等以内の親族の氏名等を記入してください。

自己PRしたいこと (趣味・特技・大学のサークル活動等について、PRしたいことがあれば自由に記載)	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
希望事項	
1. 選択科目での希望診療科・病院名とその理由	
-----	
-----	
-----	
2. 将来専攻したい診療科目・勤務したい病院	
-----	
-----	
-----	
3. その他	
-----	
-----	
-----	
-----	
地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の入学者ですか。	はい ・ いいえ