

**令和2年度  
京都第一赤十字病院内科専門研修プログラム募集要項**

【募集職種】 **専攻医（後期研修医）**

【定員】 **10名**

【選考方法】 **面接**

※応募希望者は必ず当院人事課までご連絡のうえ、応募手続きを行ってください。

【採用予定日】 令和2年4月1日

【応募資格】 医師法第16条の2第1項の規定による臨床研修を、令和2年3月修了見込みの者

【専門研修プログラム】 **京都第一赤十字病院内科専門研修プログラム**

※当院プログラムを希望される場合、原則として、サブスペシャルティ診療科に属する形になります。専門医登録（応募）にあたり、下記より所属希望診療科を決めていただき、登録希望の旨、人事課までご連絡ください。

**所属希望診療科**

総合内科、リウマチ内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、消化器内科、循環器内科  
脳神経・脳卒中科、呼吸器内科、腎臓内科・腎不全科

【研修期間】 研修期間は、原則として3年とする。（連携施設での研修を含む）

【応募手続】

- (1) 応募書類
- ・専攻医申込書（別紙様式）
  - ・履歴書（別紙様式・写真添付）
  - ・医師免許証（写し）
  - ・臨床研修修了見込証明書

(2) 提出先 〒605-0981 京都市東山区本町15丁目749番地  
京都第一赤十字病院 人事課

(3) 提出締切 令和元年10月15日(火)必着

(4) 試験日・内容 令和元年10月25日(金)  
面接試験

※日時の相談をさせていただきます。応募希望者は必ず事前に当院人事課までご連絡のうえ、応募手続きを行ってください。

【待遇】

1) 月手当 (平成31年4月採用実績)

|               | 1年目専攻医                             | 2年目専攻医                             | 3年目専攻医                             |
|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 月手当額          | 304,000円                           | 352,000円                           | 367,500円                           |
| 夏・冬期<br>各一時金額 | 500,000円/回<br>(ただし勤務期間<br>により減額あり) | 600,000円/回<br>(ただし勤務期間<br>により減額あり) | 700,000円/回<br>(ただし勤務期間<br>により減額あり) |

※連携施設との調整により月手当変更の可能性あり。

2) 通勤手当は、日本赤十字社職員給与要綱第27に準じて支給する。

3) 住居手当は、日本赤十字社職員給与要綱第27の2に準じて支給する。

4) 時間外手当

労働基準法のとおり支給する。1日8時間までは時間給の100%分、1日8時間以上は時間給の125%分、深夜(22時～翌5時)は時間給の150%分、休日は時間給の135%分、を時間単価とし、超過時間数に応じて支給する。

5) 勤務時間 8時30分～17時06分

6) 休日等  
・土曜日、日曜日(週休2日制) ・国民の祝日  
・年末年始(12月29日から1月3日まで)  
・創立記念日(5月1日、11月20日)

7) 有給休暇 労働基準法のとおり

8) 院長の承認を得て学会・研究会等の出張旅費として年額84,000円まで支給する。

9) 社会保険

健康保険、厚生年金保険、雇用保険、労災保険

10) 当直勤務あり(当直料44,600円/回)

【連絡先】

〒605-0981

京都市東山区本町15丁目749番地

京都第一赤十字病院 人事課

TEL 075-561-1121 (内線3201)

E-mail [kyouiku@kyoto1-jrc.org](mailto:kyouiku@kyoto1-jrc.org)

令和 年 月 日

京都第一赤十字病院  
院長 池田 栄人 様

専攻医志望者

氏名

印

令和2年度 京都第一赤十字病院専攻医申込書

京都第一赤十字病院内科専門医研修プログラムを志望しますので、関係書類を添えて  
申し込みいたします。

記

|          |  |
|----------|--|
| 所属希望診療科名 |  |
|----------|--|



氏名

臨床研修修了予定プログラム名

志望動機  
.....  
.....  
.....

得意な科目及び研究課題  
.....  
.....  
.....

趣味・特技  
.....  
.....  
.....

長所等（自己評価）  
.....  
.....  
.....

その他（意見等、自由に記載）  
.....  
.....  
.....  
.....

扶養家族数  
(配偶者除く)  
人

配偶者  
※ 有・無

配偶者の扶養義務  
※ 有・無

| 年 | 月 | 免許・資格             |
|---|---|-------------------|
|   |   | 医師免許取得 (医籍登録番号 号) |
|   |   |                   |
|   |   |                   |
|   |   |                   |

記入上の注意 ※印のところは、該当するものを○で囲む。