

**令和4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】 **9名（予定）**

【選考方法】 **個別面接**

※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4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4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、サブスペシャリ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。

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) 試験日

令和3年10月（予定）

※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。日程は応募者に別途通知します。

4) 試験内容

個別面接

【プログラム説明会】

日時：① 令和3年7月2日（金）18:00～19:00

② 令和3年7月9日（金）18:00～19:00（予備日）

（②は①の説明会の動画放映の後、質疑応答いたします。）

場所：京都第一赤十字病院 多目的ホールA（管理棟5階）

※参加希望者は、ホームページの案内に従い、メールにてお申し込みください。

※病院見学希望者も下記連絡先までメールにてお申し込みください。

## 【待遇】

### 1) 月手当 (令和3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 各一時金額	500,000円/回 (ただし勤務期間 により減額あり)	600,000円/回 (ただし勤務期間 により減額あり)	700,000円/回 (ただし勤務期間 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 該当者に支給する。
- 3) 住居手当 最高28,500円を該当者に支給する。
- 4) 時間外手当 労働基準法のとおり
- 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  
特別有給休暇 結婚、忌服、夏休
- 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4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	
----------	--

# 履 歴 書

年 月 日現在

写真貼付け欄

(3 cm×4 cm)

3ヶ月以内に撮影したもので、脱帽上半身正面像のこと。

ふりがな		性別
氏 名		男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
ふりがな		電話
現住所	〒 —	市外局番 ( )
		—
		( 方呼出)
ふりがな		電話
連絡先	〒 — (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	市外局番 ( )
		—
		( 方呼出)
E-mail		

注) 連絡用としてPCアドレスを必ず記載してください。

年	月	学歴・職歴

注) 学歴については、高等学校卒業から記入すること。

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。