

**令和3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】 **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3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3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。

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) 提出期限 **令和2年9月28日(月) 必着**

(4) 試験日 令和2年10月上～中旬（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。

(5) 試験内容 個別面接

【病院見学】 随時受け入れ（平日8:30～17:00）

※病院見学希望者は下記連絡先までメールにてお申し込みください。
当院ホームページからも申込み可能です。

連絡先：kyouiku@kyoto1-jrc.org

【待遇】

1) 月手当 (令和2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
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

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3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	〒 ー	市外局番 ()
		ー
		(方呼出)
ふりがな		電話
連絡先	〒 ー (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	市外局番 ()
		ー
		(方呼出)
E-mail		

注) 連絡用としてメール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。