**新 規 受 入 用 書 類**

提出書類：下記書類を揃え研修開始希望日の一月前（4月研修開始希望の

場合は２月１０日（木））までに、総務課研修支援係宛提出すること。

1. 研修登録医受入れ許可申請書　(別記様式第１号)
2. 所属医師（歯科医師）会会長又は所属機関の長からの推薦書

（※所属医師会又は所属機関の公印を押すこと、個人名の印は不可。）

1. 研修登録医受入れ同意書
2. 履歴書（市販の様式でも可。写真貼付必須。）
3. 健康診断書（所属機関等で行った年度内のものの写しで可。）
4. 医師(歯科医師)賠償責任保険加入証明の写し
5. 医師(歯科医師)免許証の写し
6. 保険医登録票の写し
7. 感染症に係わる調査票

（母子手帳に感染の記録がない方は「母子手帳の写し」は不要。）

1. 新型コロナウイルスワクチンの接種について
2. 問診票（受託実習生・病院研修生・研修登録医 申請者用）
3. 連絡先等確認書
4. IDカード(名札)登録申請書

(※IDカードが必要な場合は、各診療科長の記名押印を受け、提出書類に添えて下さい。研修期間が終了し、更新手続きをしない場合は研修支援係か施設管理係宛、必ずご返却下さい.)

※受入手続きが済み次第、担当者から＜10)連絡先等確認書＞に

記載のメール等宛、研修料金入金(銀行振込)のご案内を致します。

　　　　　　　　　　　　　担当：九州大学病院

総務課研修支援係

　　　　　　　　　直通 092-642-5223

 FAX 092-642-5219

　　　　　　　　 　　　　　　　 　　e-mail hpkenshu@jimu.kyushu-u.ac.jp

別記様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　　別　　男　・　女

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　年　　月　　日生

研修登録医受入れ許可申請書

　　下記のとおり貴院で研修したいので、研修登録医として受入れを許可くださる

　ようお願いします。

　　なお、研修登録医として受入れを許可された上は、貴大学の研修登録医受入れ

　に関する規程その他の諸規則を遵守し、指導教員の指示に従うことを誓約します。

記

１　研修事項

２　研修目的

３　研修診療科等

　　　　　　　　研修予定：

　　　　　　　　　※記入例＜週に１回 木曜日に研修＞等

４　研修期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属医師会会長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　又は所属機関長　　　　　　　　公印

推　　　　薦　　　　書

　　　このたび、本会（機関）所属の下記の者が貴院での研修を希望しています。

　　つきましては、同人を貴院の研修登録医として推薦いたしますので、その受入

　れについてご許可くださるようお願いします。

記

　１　氏　　名

　２　住　　所

　３　勤 務 先

　４　研修事項

　５　研修期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（部）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（部）長

研修登録医受入れ同意書

　　　このたび、下記の者から研修登録医としての受入れの希望がありましたが、

本診療科（部）においてはその受入れについて支障はありません。

記

　１　氏　　名

　２　研修事項

　３　指導教員

　４　研修期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

研修予定：

　　　　　　　　　※記入例＜週に１回 木曜日に研修＞等

履 歴 書

年　　　月　　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 写 真 |
| 氏　名 |
| 年　　 　月　 　　日生（　　　才） | 男 ・ 女 |
| ふりがな | 電 話 |
| 現住所　〒 |
| ふりがな | 電 話 |
| 勤務先　〒 |
| 年 | 月 | 学 歴（大学入学から）・職 歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 医師（歯科医師）免許証 | 登録日付　　年　　月　　日 | 登録番号　第　　　　　 号 |
| 保険医（歯科医師）登録 | 登録日付　　年　　月　　日 | 登録番号 福(歯)　　　　 号 |

連絡先等確認書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 現 住 所 | 〒電話　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　 |
| 勤務先名 |  | 開業医　・　勤務医（調査資料になります。いずれかに○印をつけて下さい。） |
| 勤務先住所 | 〒電話　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　 |
| 　備　 考　 欄 |  |

* **研修料金の入金について**

**【入金時期】研修許可がおりた後～研修開始前まで（詳細は改めてご連絡します）**

**【入金方法】銀行振込み**

**【連絡先の希望】　入金先及び金額等のご連絡をします。**

　　□ メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□ 勤務先宛（郵送・FAX）

　□ 現住所宛（郵送・FAX）

 　　　　　　　　　□ その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　 　　）