**期 間 更 新 用 書 類**

提出書類：令和３年度より引き続き登録される方は、

下記書類を揃え、２月１０日(木)までに、総務課研修支援係宛提出すること。なお、前年度に一度でも登録があった方は、次年度中に再度登録される場合、期間更新として受け付ける。下記書類を揃え、研修開始希望日の一月前までに総務課研修支援係宛提出すること。

1. 研修登録医受入れ期間更新申請書(別記様式第４号)
2. 研修登録医受入れ期間更新同意書
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)賠償責任保険の加入証明の写し
5. 新型コロナウイルスワクチンの接種について
6. 問診票（受託実習生・病院研修生・研修登録医 申請者用）
7. 連絡先等確認書
8. ID(名札)カード申請書(新たに必要な場合のみ、各診療科長の記名、押印を　受け提出下さい。既にお持ちの方は提出不要です。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＜5)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４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録年月日　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日生

研修登録医受入れ期間更新申請書

　　下記のとおり研修登録医受入れ期間の更新を許可くださるようお願いします。

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　更新を必要とする期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　５　更新を必要とする理由

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（部）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（部）長

研修登録医受入れ期間更新同意書

　　このたび、下記の者から研修登録医としての受入れ期間の更新の希望がありま

　したが、本診療科（部）においてはその更新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　更新を必要とする期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　研修予定：

　　　　　　　　　　　　※記入例＜週に１回 木曜日に研修＞等

　５　更新を必要とする理由

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　　　　（　　　　　　　　　　　　　　 　　）