

## 2024 年度採用 東京医科大学病院 初期臨床研修医募集要項

### 1. プログラム名称並びに募集定員

プログラム番号	プログラム名称	定員数	備考
030215607	東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム	35 名	
030215606	東京医科大学病院卒後臨床研修(小児科・産科・周産期)プログラム	4 名	

### 2. 出願資格

原則として第 118 回日本医師国家試験を受験する者、あるいは医師国家試験に合格し新たに臨床研修を行う者

### 3. 選考方法

東京医科大学病院、茨城医療センター、八王子医療センターの採用試験を合同で実施します。

マッチング順位の基準は各施設で異なります。

- ①試験日: 2023 年 7 月 22 日(土) 午前: 筆記試験 午後: 面接
- ②試験日: 2023 年 7 月 24 日(月) ※所属大学の卒業に関わる行事により受験できない場合のみ②を選択可
- 2) 試験場所: 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 東京医科大学病院
- 3) 試験内容: 筆記試験(医学問題、一般常識)、面接 ※鉛筆・消しゴムを持参すること。
- 4) 結果発表: 医師臨床研修マッチング協議会の最終結果発表による。発表日: 2023 年 10 月 26 日(木)

### 4. 出願について

- 1) 出願期間 2023 年 6 月 19 日(月)～2023 年 7 月 12 日(水) 必着  
※受験票は締め切り後一斉に郵送いたします。
- 2) 出願方法 下記の書類を第 1 希望の施設へ郵送(書留)もしくは、各施設の卒後臨床研修センター事務局に持参してください。

当院送付先: 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1

東京医科大学病院 卒後臨床研修センター事務局

- 3) 出願書類
    - a. 臨床研修医願書(当院指定。受験日の願書をダウンロードしてご記入下さい)
      - ① 7 月 22 日 受験者用願書(pdf 形式)
      - ② 7 月 24 日 受験者用願書(pdf 形式)
    - b. 地域枠の従事要件に関する確認書
    - c. エントリーシート(pdf 形式)
    - d. CBT 個人別成績表(写し)
    - e. 成績証明書(卒業見込みの者は 5 年次までのもの)
    - f. 卒業(見込)証明書
    - g. 推薦状 1 通 (書式は自由。ダウンロード(pdf 形式)してご利用もできます)  
推薦状の宛先は、第 1 希望の施設長宛にて作成してください  
推薦状作成者は学(部)長や担当教諭(担任)、クラブ顧問等が挙げられます
    - h. 84 円分の郵便切手
    - i. 長形 3 号(120×235)封筒 1 枚(受験票送付用)  
封筒には、返信先住所を記載し、h. の切手を貼付すること
    - j. 受験理由証明書(書式は自由) ※②試験日(7/24 月)受験を希望する方のみ提出  
7 月 22 日(土)の当院初期臨床研修医採用試験を受験できない理由となる、  
所属大学のカリキュラム表や、他施設の採用試験日が分かる書面等をご用意ください
- ※東京医科大学出身者は e～g (成績証明書、卒業(見込)証明書、推薦状) は不要です

#### 5.待遇・その他

- 1)給与:月額約 24 万円(夜勤手当含む/夜勤の振替休暇あり)※総支給額
- 2)身分:常勤(臨床研修医)
- 3)宿舎:有
- 4)社会保険、労災保険、雇用保険:加入
- 5)健康診断:年 2 回

#### 6.お問い合わせ

東京医科大学病院 教育部 卒後臨床研修センター (担当:五味・土田)  
電話:03-5339-3798(直通)9:00~17:00

2024年（令和6年）度採用

東京医科大学病院

東京医科大学茨城医療センター

東京医科大学八王子医療センター

記載年月日：2023年（令和5年） 月 日

臨床研修医願書

受験番号 (事務局記入欄)	
マッチング協議会から 配布されたあなたの ユーザーID	

写真添付欄  
縦4cm×横3cm

背景無地  
脱帽正面像  
3ヶ月以内撮影  
写真裏面氏名記入

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生(満 才)	
現住所	〒 _____ 自宅電話： _____ ( ) 携帯電話： _____ ( ) E-mail： _____ ※E-mailは@tokyo-med.ac.jpのドメインより着信できるようにしてください。			
保証人 (父兄)	〒 _____		TEL	( )
			FAX	( )
	氏名		本人との 関係	
通知文書等 送付先住所	・現住所 ・保証人 ・その他(右に記入)		〒 _____	
年(西暦)	月	学歴(高等学校入学から記入)・職歴 ※書ききれない場合には別紙にて提出してください。		
年(西暦)	月	賞罰		
志望動機				

◎マッチングを行う際、登録するプログラムのカッコ内に希望順位の番号を付けてください(複数回答可)

- ( ) 東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学病院(小児科・産婦人科・周産期)卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学八王子医療センター研修プログラム

2024年（令和6年）度採用

東京医科大学病院

東京医科大学茨城医療センター

東京医科大学八王子医療センター

記載年月日：2023年（令和5年） 月 日

臨床研修医願書

受験番号 (事務局記入欄)	
マッチング協議会から 配布されたあなたの ユーザーID	

写真添付欄  
縦4cm×横3cm

背景無地  
脱帽正面像  
3ヶ月以内撮影  
写真裏面氏名記入

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日生(満 才)	
現住所	〒 _____ 自宅電話： _____ ( ) 携帯電話： _____ ( ) E-mail： _____ ※E-mailは@tokyo-med.ac.jpのドメインより着信できるようにしてください。				
保証人 (父兄)	〒 _____		TEL ( )		FAX ( )
	氏名		本人との 関係		
通知文書等 送付先住所	・現住所 ・保証人 ・その他(右に記入)		〒 _____		
年(西暦)	月	学歴(高等学校入学から記入)・職歴 ※書ききれない場合には別紙にて提出してください。			
年(西暦)	月	賞罰			
志望動機	.....				
	.....				
	.....				
	.....				

◎マッチングを行う際、登録するプログラムのカッコ内に希望順位の番号を付けてください(複数回答可)

- ( ) 東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学病院(小児科・産婦人科・周産期)卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学八王子医療センター研修プログラム

# 地域枠の従事要件に関する確認書

近年、地域医療への貢献等を目的とした都道府県の地域枠の学生が増加していることから、当院では研修医の採用時に『地域枠従事要件』が課されているか否かの確認を行っておりますので、下記設問についてご回答をお願いいたします。

※この確認は、厚生労働省通達「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項について」の一部改正について（平成30年8月20日付医政医発0820第2号）に基づき行っております。

記載日：令和 年 月 日

氏 名： \_\_\_\_\_

質問1 医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（奨学金含む）がありますか。  
または、現時点で離脱しているが過去に地域枠で従事要件が課されていましたが。

- はい ⇒質問2へ  
 いいえ ⇒質問は以上で終了です

質問2 従事要件が課されている都道府県をお答えください。

--

質問3 地域枠での従事要件の内容について具体的にご記入ください。

従事要件	
義務年限	
その他	

東京医科大学 3病院 臨床研修エントリーシート

氏名：

志 望 理 由	東京医科大学の附属病院での研修をする具体的な理由を記入してください。
自 己 P R	○学業面で力を入れたことを記入してください。
	○学業以外で力を注いだことを記入してください。
	○生き方として心がけていることを記入してください。
	○これだけは是非、アピールしたいことを記入してください。
○現時点での臨床研修終了後の展望について記入してください。	

