

## 2026 年度採用 東京医科大学病院 専攻医募集要項

※募集要項と合わせて、“2026 年度採用 専攻医採用試験受験申込から採用までの流れ”を必ずご確認ください。

### 1 出願期間（下記期間内に出願から試験まで行ってください）

一次募集:2025 年 7 月 22 日(火)から日本専門医機構が設ける「専攻医登録の一次登録期間」の最終日まで  
二次募集:未定（一次の採用人数によっては、二次を開催しない場合もある。）

### 2 出願資格

- 1)2026 年 3 月末にて臨床研修修了見込の者
- 2)医師免許取得後 2 年間の臨床研修を修了した者で東京医科大学病院における各診療科の専門研修プログラムに基づく臨床研修等を希望する者

### 3 募集定員

約 80 名

（※診療科によって、定員が満たされた場合には出願期間終了前であっても専攻医募集を終了することがある。）

### 4 出願書類（※東京医科大学病院にて臨床研修を行っているものは 1 のみ提出。2～4 は不要。）

- 1)専攻医願書
- 2)推薦状(研修管理委員長やプログラム責任者等の推薦状)
- 3)臨床研修修了(見込み)証明書
- 4)医師免許証のコピー(A4)

### 5 出願・選考方法

- 1)上記出願書類の提出と併せて、下記URLにアクセスし受験者情報の入力を出願期間中に行うこと。  
受験者情報の入力先:<https://forms.gle/DZ2yGcGvramT8vDe7>  
いずれも出願期間内に完了しないと出願資格はありません。
- 2)診療科面接  
研修希望診療科へ事前に面接申込を行い、出願書類一式を持参のうえ、一次募集期日内に面接を受けること。
- 3)専攻医登録及びプログラム申込  
日本専門医機構が設ける「専攻医登録の一次登録期間」に、JMSB Online System+より専攻医基本情報登録及びプログラム申込を行うこと。また、選考結果についても JMSB Online System+よりメールにて通知される。

### 6 身分・所属・処遇・その他

- 1)手 当:月額 20 万円＋夜勤手当、超過勤務手当等(身分:専攻医、臨床研究医)
- 2)所 属:病院長直轄で各診療科へ預ける
- 3)身 分:常勤（医師免許取得後 3～5 年は専攻医、6 年以上の場合は臨床研究医として採用）
- 4)社会保険、労災保険、雇用保険:いずれも加入
- 5)研究日:週1日
- 6)研修期間:各領域プログラム参照
- 7)契約は1年毎(年度更新)
- 8)医師賠償責任保険は施設限定で適応 ※任意保険は個人加入とする

### 7 研修内容

- 1)各専門研修プログラムに準ずる
- 2)専門研修共通プログラム
  - 1\_\_採用時オリエンテーション
  - 2\_\_各種研修会
  - 3\_\_各種コース(CPR+AED/ICLS/JMECC 等)
  - 4\_\_専攻医CVライン研修プログラム

### 8 採用日

2026 年 4 月 1 日(水)

### 9 出願期間等

|      | 出願期間                                                         | 合格発表                           |
|------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 一次募集 | 2025 年 7 月 22 日(火)から日本専門医機構が設ける「 <u>専攻医登録の一次登録期間</u> 」の最終日まで | 日本専門医機構が設ける「一次採否結果通知日」(現時点で未定) |
| 二次募集 | 未定(一次の採用決定人数によって、二次を開催しない場合があります)                            | 未定                             |
| 備考   | 事前に面接の申し込みを行い、面接日に必要書類(願書等)を持参すること                           | 本人宛メール通知                       |

### 10 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  
電話:03-5339-3798(直通) e-mail:skc@tokyo-med.ac.jp

## 2026 年度採用 専攻医採用試験 受験申込から採用までの流れ

1. 受験希望者は、入局希望診療科へ面接の申込を行ってください。
2. 面接日が決まったら、必要書類を事前に用意し、受験者情報を以下のフォームに入力してください。  
<https://forms.gle/DZ2yGcGvramT8vDe7>  
所定の用紙は、ホームページからダウンロードし、プリントアウトしてください。

|                |                                                                                                                        |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 専攻医願書       | 所定の用紙に必要な事項を記入してください<br>学歴・職歴・臨床研修歴は、⇒ <u>高校入学から</u> 現在までの経歴を時系列で記載してください。願書に収まらない場合、別紙に職歴のみを記載した「職務経歴書」を作成し、提出してください。 |
| 2. 推薦状         | ひな形がございましたが、書式は自由です。研修管理委員長やプログラム責任者等より推薦状を作成してもらってください。<br><u>宛先は「東京医科大学病院長」</u> でお願いいたします。                           |
| 3. 臨床研修修了見込証明書 | 研修修了者については「臨床研修修了証」を添付                                                                                                 |
| 4. 医師免許証のコピー   | 医師免許証を A4 サイズにコピーし添付してください。                                                                                            |

※東京医科大学病院で臨床研修を行っている方は、1. 願書を提出し受験者情報を上記フォームに入力してください。

3. 上記書類一式を持って、指定された日に面接を受けてください。  
面接後に専攻医願書右下の診療科面接者確認印を押印してもらってください。
4. 後日、選考結果は各自が専攻医登録を行う JMSB Online System+よりメールにて通知されます。  
その後、合格者へは当院より内定通知を郵送いたします。  
到着後速やかに仮契約を締結してください。
5. 2026 年 4 月本採用となります（本採用の契約書を締結してください）。

### 【注意事項】

- ① 日本専門医機構が設ける「専攻医登録の一次登録期間」に、日本専門医機構の「専攻医登録」または専門研修希望領域（学会）会ホームページより JMSB Online System+にアクセスし、プログラムに応募してください。
- ② 診療科面接のお申し込みは、日程に余裕をもって行ってください。
- ③ 一次の採用決定人数によって、二次募集を行わない場合があります。予めご了承ください。

令和 8（2026）年度採用

東京医科大学病院 専攻医願書

記載年月日 年 月 日

|                |                                               |                       |         |                      |  |
|----------------|-----------------------------------------------|-----------------------|---------|----------------------|--|
| ふりがな           |                                               |                       | 性 別     | 生 年 月 日              |  |
| 氏 名            |                                               |                       | 男・女     | 昭和・平成<br>年 月 日生（満 才） |  |
| 現住所            | 〒 _____<br>携帯電話： _____<br>E-mail： _____（記載必須） |                       |         |                      |  |
| 通知文書等<br>送付先住所 | ・現住所<br>・その他（右に記入）                            |                       | 〒 _____ |                      |  |
| 年（西暦）          | 月                                             | 学歴（高校入学から記入）・職歴・臨床研修歴 |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
| 年（西暦）          | 月                                             | 賞罰                    |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |
| 志望動機           | （専門研修プログラム名： _____）（希望診療科名： _____）            |                       |         |                      |  |
|                |                                               |                       |         |                      |  |

|               |   |
|---------------|---|
| 診療科面接者<br>確認印 | 印 |
|---------------|---|

※診療科面接時に確認印をもらい、卒後臨床研修センターまで提出すること

## 出願書類 2

東京医科大学病院長 殿

施 設 名\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

研修医氏名\_\_\_\_\_

推薦理由

[illegible]