

■ 応募資格

卒業後、2年間の初期臨床研修を修了した医師。
もしくは平成30年3月修了見込みの医師。

■ 選考方法

提出していただいた書類および面接により総合的に選考します。

■ 試験日

面接は日程調整の上、随時行います。

■ 応募方法

事前に当科まで「研修希望」との標題をつけたメールをお送りください(アドレスは本案内最下部記載)。
応募方法および面接会場・日時等の詳細をご連絡致します。

■ 提出書類

信州大学医学部附属病院精神科専門研修申込書

■ 一次募集申込受付期間

平成29年 10 月 1 日 (日) ~ 平成29年 11 月 15 日 (水)

■ 二次募集申込受付期間

平成29年 12 月 16 日 (土) ~ 平成30年 1 月 15 日 (月)

■ 一次募集結果通知

採用の可否については、平成29年 12 月 15 日 (金) までに決定し、通知いたします。

■ 二次募集結果通知

採用の可否については、平成30年 2 月 15 日 (木) までに決定し、通知いたします。

■ その他

- ・研修内容等も含め質問があれば、お気軽にお問合せください。
- ・見学を随時受け入れております。ご希望があればメールでご連絡ください。
- ・上記申し込み期間中に面接を行い、採否について応募者に連絡いたします。その結果をもって、精神神経学会のホームページを経由して、専攻プログラムの申し込みを行ってください。

■ お問い合わせ先

信州大学医学部附属病院

精神科

由井 寿美江(統括医長)

TEL: 0263-37-2638

FAX: 0263-36-1772

mail: seishin@shinshu-u.ac.jp

信州大学医学部附属病院精神科専門研修申込書

氏名 _____ 印 _____

私は貴院において専門医取得を目指し、平成30年4月から就職することを希望します。

ふりがな				性別	男	女	正面上半身 脱帽の写真 タテ4cm × ヨコ3cm (裏面に氏名を記入) をこの場所に貼付。			
氏名										
生年月日	H・S	年	月	日	生					
住所	〒 — —									
電話番号	—	—	携帯番号	—	—					
e-meil	@									
出身高校										
出身大学	大学		学部	学科	H・S	年卒業				
	大学		学部	学科	H・S	年卒業				
医籍登録年月日	H・S	年	月	日	医籍登録番号 第	号				
初期臨床研修										
研修病院とプログラム名	病院名									
	プログラム名									
研修期間と修了状況	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	修了・修了見込
職歴(初期臨床研修以外に職歴が有る場合)										
年月										
年月										
志望動機										
自己PR										
本人希望記入欄	(研修プログラムコース・勤務地・その他の希望があれば記入)									