

13. 待 遇 等

- (1) 身 分 非常勤職員
- (2) 給 与 月額概ね350,000円(税込)を支給。(諸手当は別途支給)
- (3) 保 険 雇用保険適用、社会保険(共済組合・厚生年金)加入。
- (4) 修 了 所定の研修を修了したときは、修了証書を交付する。

14. 見 学 等 日時：個別に受付ける。(土・日・祝祭日を除く)

【問い合わせ先】

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6番1号
国立循環器病研究センター 研究医療課 医療係(教育・研修部)
TEL: 06-6170-1069(内線31125、31135)
E-mail: education@ml.ncvc.go.jp

※当センターは次の学会等の認定医もしくは専門医研修施設として指定されています。

日本医学放射線学会	日本心血管インターベンション学会	日本核医学学会	日本病理学会
日本胸部外科学会	日本外科学会	日本認知症学会	日本産科婦人科学会
日本周産期・新生児医学会	日本集中治療医学会	日本循環器学会	日本小児科学会
日本神経学会	日本腎臓学会	日本超音波医学会	日本透析医学会
日本糖尿病学会	日本内科学会	日本脳神経外科学会	日本脳卒中学会
日本病理学会	日本麻酔科学会	日本老年医学会	
日本高血圧学会	心臓血管外科専門医認定機構	日本心臓リハビリテーション学会	
日本不整脈心電学会	日本脈管学会	日本脳神経血管内治療学会	
日本肥満学会	日本アフェシス学会	日本有病者歯科医療学会	

※当センターは各大学と連携・協力し、学生の指導を行い、また、相互の研究交流を促進しています。
レジデント・専門修練医として勤務しながら、学位取得等を目指すことも可能です。

・詳細は下記ページをご参照下さい。

国立循環器病研究センターHP > 連携大学院制度のご案内
<http://www.ncvc.go.jp/education/uni-asukunft/>

令和7年度レジデント採用願書

志望コース	第一希望 第二希望	※受付番号			
希望研修年数	1年 ・ 2年 ・ 3年				
(ふりがな)氏名	()	(印)	上半身写真貼付 (縦 4cm) (横 3cm)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	男・女			
本籍	都・道・府・県				
現住所	〒 -				
		Tel - - (携帯)Tel - -	年 月 日撮影		
勤務先	〒 -		*郵便物送付先 (どちらかに○) 現住所 勤務先		
		Tel - -			
E-mail address					
学歴	高等学校	科	年入学	年卒業	
	大学医学部		年入学	年卒業	
	大学大学院	科	年	年入学	年卒業 (見込)
				年入学	年卒業
医籍登録	平成・令和 年 月 日 第 号	国家試験 第 回			
臨床研修修了登録	平成・令和 年 月 日				
臨床研修歴 及び 勤務歴 [免許取得後のすべての職歴を記入]	施設名	身分	部科	所在地	在職期間
					自 年 月 至 年 月
					自 年 月 至 年 月
					自 年 月 至 年 月
					自 年 月 至 年 月
					自 年 月 至 年 月
					自 年 月 至 年 月
保証人	氏名 (保証人自署のこと)		(印)	本人との関係	
	現住所		Tel - -		

志望理由					
経験内容	(志望コースの経験・関連機器の取扱い・得意とする分野等)				
修了後の計画	臨床経験 年 月				
所属学会					
主な業績 *含学会発表	※学会発表は学会名, 日時, 発表者, 論文は論文名, 雑誌名, 著者を記載すること。				
趣味・特技					
家族構成 〔差し支えない範囲で記入〕	氏名	続柄	年齢	同居	現住所
備考					

推 薦 状

氏 名 _____

国立循環器病研究センター理事長 殿

推薦者	
所属	_____
職名	_____
氏名	_____ (印)

(注) ・ 上司または施設長等専門職によるもの。
・ 研究業績および人物評価に関する事項を含むこと。

(推薦者氏名は自筆)