

入 局 申 請 書

平成 年 月 日

名古屋大学小児科医局
運営委員会 殿

ふ り が な
氏 名 印
生 年 月 日 昭和 年 月 日生
所 属
出 身 大 学 大学 平成 年卒

この度、名古屋大学小児科に入局を希望いたしますので、宜しくお取り計らい下さいますようお願い申し上げます。

入局に際しましては、以下の諸点を遵守いたします。

1. 小児科医としてふさわしい人格と品位を保ち、他者と協調性をもつよう努力する。
1. 名古屋大学小児科の一般目標に沿って研鑽に努め、教室の発展に寄与する。
1. 人事は、教室の方針を十分理解した上で自主赴任する。
1. 上記方針に沿えない事情が生じた場合は、教授ならびに医局長と相談の上、その後の方針を決定する。

推 薦

上記の者は、小児科に入局し研鑽を積むに値する医師であることを証明し、ここに推薦いたします。

推薦者 所 属
氏 名 印

名古屋大学小児科医局 入局手続きについて

1. 入局時期 医籍登録後、2年の初期臨床研修終了後の4月1日とする。
卒後2年以上経過したものについては、入局手続きの翌4月1日付け入局とする。
2. 期 限 初期臨床研修2年目の1月31日までとする。
(これを過ぎた場合は上記の如く取り扱う。)
3. 提出書類
 - 1) 入局申請書
＊関連病院勤務中の先生は部長の推薦を得ること。
＊関連病院外の先生は医局長までご連絡下さい。
 - 2) 履歴書（写真付き）
 - 3) 医師免許証コピー
 - 4) 入局時アンケート
＊記載内容に拘束力はありませんのでお気軽に回答下さい。
4. 手続き 以上の書類各1通を医局長まで提出（郵送可）して下さい。

5. 送付・問い合わせ先

〒466-8550

名古屋市昭和区鶴舞町65

名古屋大学小児科

医局長 蒲池 吉朗

e-mail chiefped@med.nagoya-u.ac.jp

TEL 052-744-2294

FAX 052-744-2974

名古屋大学小児科入局時アンケート

(1～3は○印で記入して下さい。)

1. 大学院進学希望 1) あり 2) なし 3) 未定

2. フレッシュ帰局後の希望 (大学院進学者は卒業後の希望)

1) 赴任先希望について

(1)～(3)の中から1つ選び、(a)～(c)の中から1つ選んで下さい。

⎧ (1) 名古屋市内
 (2) 愛知県内 (名古屋市を除く)
 (3) 愛知県外 (岐阜、静岡、) ⎫ の ⎧ a. 専門病院
 b. 一般病院
 c. 関連病院外 ⎫ に赴任希望

2) 研究者として研究を継続したい。

3) 卒後 () 年頃、開業したい。(a. 家業を継いで、 b. 新規に)

4) 留学希望 (a. あり b. なし c. 未定)

5) その他 (具体的):

3. 現在、興味を持っている分野 (複数選択可)

神経、血液・腫瘍、免疫、アレルギー、新生児、先天代謝異常、
ウイルス・感染症、循環器、内分泌、消化器、腎臓、心身症、
その他:

4. 小児科を選んだ理由

5. 小児科医局への要望 (何でも結構です。)

平成 年 月 日

氏 名 _____