

産業医学卒後修練課程の申込手續について

重要

下表の資料が手元に届いているか確認していただき、注意事項をよくご覧のうえ各手續きをしてください。

	資料	様式名	注意事項	を卒 申 込 修 練 場 合 程	進本臨 学学床 す大研 る学修 場院後 合へに	場を卒 合申 込修 練 場 合 程
1	産業医学卒後修練課程修練申込書	様式1号		○		
	(参考)産業医学卒後修練課程修練申込書 記入例					
	履歴書	卒後修練課程採用時専用様式	※写真貼付(写真の裏に氏名記入) ※学歴欄は高校卒業から記入	○		
	(参考)履歴書 記入例					
	(参考)産業医学修練医が所属可能な診療科等一覧					
2	産業医科大学大学院医学研究科(博士課程)申込書	様式2号			○	
3	産業医学卒後修練課程への申込を行わない旨の届出	様式3号				○

※上記の○は、場合ごとに提出が必要な様式を示す。

手續き及び提出方法	1 卒後修練課程を申込みの場合 ・専門産業医コースⅠ ・専門産業医コースⅡ いずれかを選択	① 申込書(様式1号)と履歴書(本学専用様式)を希望する部署に持参し、責任者の署名・捺印をいただいて提出してください。 ② 成績証明書は卒後修練係が一括して発行手續きを行うため、個別の手續きは不要です。
	2 臨床研修後に本学大学院進学の場合	「様式2号」に記入し、指導教授の署名・捺印をいただいて提出してください。
	3 卒後修練課程を申込みない場合	「様式3号」に記入し、進路指導部長の署名・捺印をいただいて提出してください。

【提出期限】 令和4年7月8日(金) 12:00 (厳守)

【提出及び問い合わせ先】

キャリア支援課 卒後修練係 (進路支援プラザ内)

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

TEL:093-691-7465 メール:sotsugo@mbox.pub.uoeh-u.ac.jp

注意 留年もしくは医師国家試験不合格となった場合は、再度手續きを行うことが必要です。

令和 年 月 日

産業医科大学長 殿

産業医学卒後修練課程修練申込書

学生番号 _____

ふりがな

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

(携帯電話番号等) _____

産業医学卒後修練課程での修練を下記のとおり希望いたしますので、よろしく願いいたします。

記

希望コース・所属 部署等	<input type="checkbox"/> 専門産業医コースⅠ (新コースⅠ)	所属	
	<input type="checkbox"/> 専門産業医コースⅡ (新コースⅡ)	所属	
所属コース等 選択理由			

※添付書類：履歴書

上記の者は、産業医学卒後修練課程を当部署において修練する意思のあることを認めます。

所 属 _____

所属長 _____ (印)

記入例

様式1号

令和 年 月 日

産業医科大学長 殿

提出日を記入する

産業医学卒後修練課程修練申込書

学生番号 000001

ふりがな、捺印を忘れずに

ふりがな さん ぎょう た ろう

氏名 産業太郎 (印)

連絡先

必ず連絡がとれる
電話番号を記入する

(携帯電話番号等) 090-9603-1611

産業医学卒後修練課程での修練を下記のとおり希望いたしますので、よろしく願いいたします。

希望するコースに
チェックする

記

希望コース・所属 部署等	希望するコースに チェックする	所属	修練内容
	<input checked="" type="checkbox"/>	産業医実務研修センター	専門産業医コースⅠ (新コースⅠ)
	<input type="checkbox"/>		専門産業医コースⅡ (新コースⅡ)
所属コース等 選択理由	現在志望しているコースおよび所属に進みたいと思ったきっかけや理由、 今後の展望等についてご記入ください。		

※添付書類：履歴書

上記の者は、産業医学卒後修練課程を当部署において修練する意思のあることを認めます。

必要事項を記入後、希望する
部署の所属長と面談のうえ
署名と捺印を頂く

所属

所属長 (印)

記入例

履 歴 書

ふりがなを忘れないこと
(氏名、住所)

提出日を記入

写真をはる位置

写真の裏には
名前を記入
(紛失防止のため)

- 1 縦 40mm
- 横 30mm
- 2 本人単身胸から
- 3 裏面に氏名記入
- 4 裏面のりづけ

ふりがな		さんぎょう たろう		昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日現在	
氏名	産 業 太 郎			性別	男・女
生年月日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (満 ○ 歳)			学生番号	000001
ふりがな	きたきゅうしゅうし やはたにしゅく いせいがおか				
現住所	807-8555 北九州市 八幡西区 医生ヶ丘 1-1				
	E-mail (必須)	sotsugo@mbox.pub.uoeh-u.ac.jp		携帯電話 (必須)	(○○○) ○○○○ - ○○○○
	電話	(○○○) ○○○○ - ○○○○		FAX	(○○○) ○○○○ - ○○○○
ふりがな	とうきょうと ちよたく かんだつかさまち にいくらびる				
緊急	107-0052 (実家等、緊急時に必ず連絡がとれる所を記入) 東京都千代田区神田司町 2-2 新倉ビル 3階				
	電話	(○○) ○○○○ - ○○○○		方	○○
学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く)					
学 歴					
平成○	3	産業医科大学 附属高等学校 卒業			
平成○	4	産業医科大学 医学部 医学科 入学			
令和○	3	産業医科大学 医学部 医学科 卒業見込			
職 歴					
		なし			
以上					

例示のとおり、学歴
と職歴を記入
(学歴は高校卒業か
ら記入)

実家の場合、親
(世帯主)などの
氏名を記入

職歴がない場合は
「なし」と記入

- 記入注意
1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で自筆で記入のこと
 2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと
 3. 職歴については、アルバイト等で勤務歴があるものについても記入すること

記入例

氏名 産業 太郎

学生番号 000001

* 必ず記載して下さい

得意な科目及び研究課題

在学中に得意とした科目、あるいは研究課題について、ご記入ください。

クラブ活動スポーツ・文化活動等

スポーツ及び文化活動等、在学中に経験したことについて、ご記入ください。

趣味・特技

これまでの経験の中で、自ら特筆すべき趣味・特技等について、ご記入ください。

志望の動機

現在志望しているコース、所属に進みたいと思ったきっかけ、理由及び今後の展望等について、ご記入ください。

通勤時間		配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数(配偶者を除く)
約	<input type="radio"/> 時間 <input type="radio"/> 分	※ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	※ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 人
年	月	資格・免許		
平成○	○	初級システムアドミニストレータ 取得		
平成○	○	TOEIC 公開テスト スコア 850 取得		

普通自動車運転免許の取得については記入の必要はありません

産業医学修練医が所属可能な診療科等一覧

参考

令和3年12月現在

コース区分	診療科等の名称	所属長	略称等
専門産業医コースⅠ	労働衛生工学	東 秀憲	
	職業性腫瘍学	河井 一明	
	呼吸病態学	森本 泰夫	
	人間工学		
	放射線衛生管理学	岡崎 龍史	
	産業保健管理学	堀江 正知	
	産業精神保健学	江口 尚	
	健康開発科学	大和 浩	
	環境疫学	藤野 善久	
	職業性中毒学	上野 晋	
	作業関連疾患予防学	大神 明	
	産業保健経営学	森 晃爾	
	災害産業保健センター（予定）	立石 清一郎	
	産業医実務研修センター	川波 祥子	
	高齢労働者産業保健研究センター（予定）		
	衛生学	辻 真弓	
	公衆衛生学	松田 晋哉	
両立支援科学			

産業医学修練医が所属可能な診療科等一覧

参考

令和3年12月現在

コース区分	診療科等の名称	所属長	略称等
専門産業医コースⅡ	膠原病リウマチ内科、内分泌代謝糖尿病内科	田中 良哉	第1内科
	循環器内科、腎臓内科	片岡 雅晴	第2内科
	消化管内科、肝胆膵内科	原田 大	第3内科
	血液内科	塚田 順一	
	呼吸器内科	矢寺 和博	
	脳神経内科、心療内科	足立 弘明	
	脳卒中血管内科	田中 優子	
	神経・精神科	吉村 玲児	
	小児科	楠原 浩一	
	消化器・内分泌外科	平田 敬治	第1外科
	呼吸器・胸部外科	田中 文啓	第2外科
	心臓血管外科	西村 陽介	
	脳神経外科	山本 淳考	
	整形外科	酒井 昭典	
	小児外科	江角 元史郎	
	皮膚科	中村 元信	
	形成外科	安田 浩	
	泌尿器科	藤本 直浩	
	眼科	近藤 寛之	
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	鈴木 秀明	
	産婦人科	吉野 潔	
	放射線科	青木 隆敏	
	放射線治療科	大栗 隆行	
	麻酔科	堀下 貴文	
	リハビリテーション科	佐伯 寛	
	救急科	真弓 俊彦	
病理診断科	久岡 正典		
集中治療部	蒲地 正幸		
臨床検査・輸血部	竹内 正明		
総合周産期母子医療センター	楠原 浩一		

令和 年 月 日

産業医科大学長 殿

学生番号 _____

ふりがな

氏 名 _____ (印)

連絡先

(携帯電話番号等) _____

臨床研修修了後は、下記産業医科大学大学院医学研究科（博士課程）に志望いたしますのでよろしくお願いたします。

記

志望する 専攻 指導教授	医 学 専 攻	
	講座等名	
	指導教授	(印)
志 望 理 由		

令和 年 月 日

産業医科大学長 殿

学生番号

ふりがな

氏 名

印

連絡先

(携帯電話番号等)

下記理由により、産業医学卒後修練課程への申し込みを行わないことを届出いたします。

【理由】

進路指導部長

印