

# 令和8年度前期専攻医 募集要項

## 1 応募資格

- (1) 診療科等（歯科を除く）を希望する者にあつては、「医師免許証を有する者であつて、医師法第16条の2第1項の規定による臨床研修を修了見込みである者」とする。
- (2) 歯科を希望する者にあつては、「歯科医師免許証を有する者であつて、歯科医師法第16条の2第1項の規定による臨床研修を修了見込みである者」とする。

## 2 募集人数

150人

## 3 診療科（部）名

※本院には基本19領域すべての専門医プログラムが整備されています。

診療科（部）名についている数字は下記の専門研修プログラムの表の番号。

総合診療科①⑨、消化器内科①、循環器内科①、腎臓内科①、呼吸器内科①、  
内分泌・糖尿病・代謝内科①、血液内科①、膠原病・リウマチ・アレルギー科①、脳神経内科①、  
感染症科①、消化器外科⑤、心臓血管外科（小児心臓血管外科）⑤、呼吸器外科⑤、  
内分泌・乳腺外科⑤、移植・一般外科⑤、小児外科⑤、形成外科①⑦、脳神経外科①①、整形外科⑥、  
産婦人科⑦、小児科②、眼科⑧、皮膚科③、泌尿器科⑩、耳鼻咽喉科⑨、精神科・心療内科④、  
放射線科⑫、麻酔科⑬、疼痛・緩和ケア科、歯科、リハビリテーション科⑱、救急医療科⑰、  
病理診断科⑭、集中治療部、輸血・細胞医療部、遺伝子診療部、臨床検査部⑮

### 【専門研修プログラム（基本19領域）】

①	内科	⑧	眼科	⑭	病理
②	小児科	⑨	耳鼻咽喉科	⑮	臨床検査
③	皮膚科	⑩	泌尿器科	⑯	救急科
④	精神科	⑪	脳神経外科	⑰	形成外科
⑤	外科	⑫	放射線科	⑱	リハビリテーション科
⑥	整形外科	⑬	麻酔科	⑲	総合診療
⑦	産婦人科				

注) 基本領域専門医プログラムへの参加については、事前に当該診療科（部）に確認しておくこと。

#### 4 専攻期間

令和8年4月1日（水）～令和9年3月31日（水）

#### 5 応募手続

次の書類を応募期間中に専攻希望科（部）の部長に提出すること。（■は所定様式による）

##### （1）前期専攻医申込書（■）

※既に婚姻等により戸籍上の氏を改めており、旧姓を使用しようとするときは、氏名欄にその旨を記載の上、所定の「旧姓使用承認申請書」（■）に戸籍上の氏を改めたことを証する書類を添付して併せて提出すること。

##### （2）履歴書（■）

※貼付写真は男性は上着・ネクタイ着用のこと。女性は上着着用のこと。

##### （3）臨床研修修了見込証明書又はこれに代わるもの（本学附属病院研修医を除く。）

##### （4）医師免許証（写し）又は歯科医師免許証（写）

※必ず原本を複写（A4版縮小）すること。（複写物の複写は不可）

※提出にあたっては、複写紙上に、部長の原本証明を受けること。

##### （5）身体検査書（■）

※本学附属病院において初期臨床研修を修了する者であって、今年度中に本院の実施した健康診断を受診した者を除く。

#### 6 応募期間

令和7年7月1日（火）～令和7年9月29日（月）（一次募集）

#### 7 選考

（1）各診療科（部）等において実施する。

（2）選考期間

令和7年9月30日（火）～令和7年10月3日（金）

#### 8 合格発表

令和7年11月上旬に各診療科（部）等を通じて本人に通知する。

#### 9 処遇

（1）身分

京都府公立大学法人 有期雇用職員

(2) 給与

月額 37万円程度 ※月あたり当直4回、時間外勤務20時間で試算

(別途、期末手当、勤勉手当を支給予定)

※上記に加え、関係病院での診療支援も可能です

[基本給・手当詳細]

基本給 月額243,600円(14日以上勤務で満額支給)

当直手当(1回あたり) 21,000円

期末手当(基本給の最大約1.5925ヶ月分支給(令和7年度予定分))

勤勉手当(基本給の最大約1.64ヶ月分支給(令和7年度予定分))

時間外勤務手当、救急勤務医手当、特殊勤務手当(※)を実績に応じて別途支給  
通勤手当は当法人認定額を支給

(※)診療科により産科後期研修医手当、分べん取扱手当、新生児担当医手当等を実績に応じて支給

(3) 勤務時間

原則として8:30~17:15

勤務の都合により上記以外の時間で勤務を命じる場合がある。

(4) 休暇

年次休暇 10日(雇用日から6か月経過後より取得可能)、夏季休暇 5日、

その他忌引き休暇等京都府公立大学法人有期雇用教職員就業規則等に基づき取得可能

(5) 社会保険等

公立学校共済組合、厚生年金、雇用保険、労働者災害補償保険加入

(6) 福利厚生

健康診断年1回、小児系感染症(麻疹、風疹、ムンプス、水痘)、B型肝炎、インフルエンザ予防接種等を無料実施

院内に生協売店、カフェ、コンビニ有り

学内保育所、病児保育室有り

## 10 問い合わせ先

### 【提出方法・提出期限等に関すること】

京都府立医科大学附属病院の各専門研修希望科（部）まで直接お問い合わせください。

連絡先は、下記ホームページをご確認ください。

<京都府立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター 専門研修プログラム>

URL : <https://www.kpu-m.ac.jp/j/pgce/special.html>



こちらのQRコードからもアクセスできます。→

### 【上記以外に関すること】

京都府立医科大学事務局 病院管理課総務調整係

電話 : 075-251-5233

E-Mail : byokanso@koto.kpu-m.ac.jp



〈記入例〉

京都府立医科大学附属病院前期専攻医申込書

ふりがな	いだい はなこ		
氏名	医大 花子		性別 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	※旧姓使用を希望する → <input checked="" type="checkbox"/> (✓をつけて下さい) 旧姓:( 丸太町 (読み: まるたまち ))		
生年月日	昭和	〇〇年	〇月 〇日
最終学歴	京都府立医科 大学		医学部
	平成	〇〇年	3月 卒業
	令和		中退
研修希望科名	〇〇 科・部		
医籍登録	番号	年月日	
	第 〇〇〇〇〇 号	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
専門研修プログラム (※基本19領域のみ)	所属する専門研修プログラムの基幹施設 (○をつけて下さい)		
	( <input type="radio"/> ) 京都府立医科大学附属病院 ( <input type="radio"/> ) その他施設(施設名:「		
現住所	〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路 電話番号 07		
国籍	在留資格		

所定の「旧姓使用承認申請書」に戸籍上の氏を改めたことを証する書類を添付して提出してください。

他院を基幹施設とする専門研修プログラムに所属し、1年目の研修を京都府立医科大学附属病院で行う場合は、2行目に○をつけてください。

外国籍の方は国籍と在留資格を記載してください。  
また、併せて在留カードの写しを提出してください。  
※日本国籍の方は記載不要。

貴大学附属病院前期専攻医として卒後臨床専門研修関係書類を添えて申し込みます。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

京都府立医科大学附属病院長 様

氏 名

医大 花子

印

履 歴 書

写真貼付け欄  
 3cm×4cm  
 3ヶ月以内に撮影  
 したもので、脱帽  
 上半身正面像のこ  
 と。  
 ※男性:上着・  
 ネクタイ着用  
 女性:上着着用

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日 平成		
ふりがな			
現住所	〒		
ふりがな			
連絡先	〒		

電話番号	( ) -
電話番号	( ) -

年 月	学 歴
	大学 学部 入学
	大学 学部 卒業
年 月	職 歴

年 月	職 歴
年 月	賞 罰

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 印

※自署の場合、押印不要

履 歴 書

ふりがな	いだい はなこ	性別	男・女
氏 名	医大 花子		
生年月日	昭和 平成 〇〇 年 〇月 〇日		
ふりがな	きょうとし かみぎょうく かわらまちどおり ひろこうじあがる かじいちょう	電話番号	(075) 251-5233
現住所	〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465		
ふりがな	きょうとしさきょうく〇〇〇〇	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先	〒650-〇〇〇〇 京都市左京区〇〇〇〇45		

写真貼付け欄  
3cm×4cm  
3ヶ月以内に撮影したもので、脱帽上半身正面像のこと。

履歴書にふさわしい写真を貼り付けること。  
(男性は上着・ネクタイ着用。女性は上着着用) 〈記入例〉

年 月	職 歴
令和〇〇年〇月	〇〇病院 研修医
	現在に至る
年 月	賞 罰
	該当なし

記載漏れがないようご注意ください。

交通事故の罰則(反則金等の行政処分を除く)も記入してください。  
該当のない場合には、  
**必ず「該当なし」と記入願います。**

上記のとおり相違ありません。  
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

年 月	学 歴
平成〇年4月	京都府立医科大学 医学部 入学
令和〇年3月	京都府立医科大学 医学部 卒業
	以上
年 月	職 歴
令和〇〇年〇月	京都府立医科大学附属病院 研修医
令和〇〇年〇月	同 退職

氏 名 医大 花子 

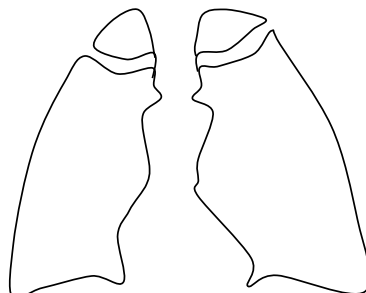
※自署の場合、押印不要

修正箇所がある場合は、二重線+訂正印を押印して修正してください。  
(修正液等の使用不可)

# 身体検査書

氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
住所			

## 検査事項

身長		cm	既往症	
体重		kg	X線所見	年月日撮影 
視力	右	( )		間接・直接
	左	( )		
聴力			所見	
その他特記事項				

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師

印