　　 出願書類について

**履歴書**

○ 電話番号は連絡のつく番号（携帯電話など）と所属機関の内線番号を記載してください。

○ 学歴は入学および卒業・修了を分けて記載してください（下記参照）。

○ 年代には西暦を使用し、古いものから順に記載してください。

○ 資格・学位の欄に医籍登録番号、専門医などの資格について記載してください。

（例）学歴・職歴

1992年4月 ○○大学医学部 入学

1998年3月 ○○大学医学部 卒業

1998年4月〜2000年3月 △△病院 初期臨床研修医

2000年4月〜2003年3月 △△病院 後期研修医

2003年4月 ○○大学大学院医学研究科 医学教育学博士課程 入学

2007年3月 ○○大学大学院医学研究科 医学教育学博士課程 修了

2008年4月〜現在 △△市立病院 糖尿病内科 医長

（例）資格・学位

1998年5月 医師免許証 医籍登録番号第XXXXXX号

2004年12月 日本内科学会認定総合内科専門医 認定番号XXXX

**受講承諾書 / 推薦状**

○ 出願者と同じ医療機関に所属し、その勤務環境に責任を持てる立場の方が記載し

てください（院長・理事長など）。

○ 推薦状を記載するにあたり、出願者自身が院長などである場合はお問い合わせください。

○ 大学院生については所属大学院の研究科長及び指導教授の承諾書・推薦状をお願いします。

**志望動機と修了後の展望**

○ 本人がご記入ください。

○ できるだけ様式4の１枚に納めるようにまとめてください。

**所属機関の体制**

○ どなたがご記入いただいても結構です。

**提出書類チェックリスト**

○ 出願書類とともにご提出ください。

**その他、記載にあたって不明な点があればお問い合わせください。**

ASUISHIプロジェクト推進室　事務局

E-mail： hrcjimu@med.nagoya-u.ac.jp　　Tel：052-744-2609（直通）

履歴書

様式1

【3×4cm】

裏面に氏名を記載

もしくは画像

ファイルの貼付け

西暦　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  （ローマ字）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 性別 | 1.男  2.女 |  |
| 生 年 月 日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　生  （昭和　　年）　　　（出願時　　 　歳） | | 希望連絡先  □勤務先　　□自　宅 | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | Tel: |
| 現 職 | 所属機関・部局名  院内での部署横断的な役割、役職名 | | | 職名  内線番号 |
| 自宅住所  Tel | 〒  Tel：（自宅）　　　　　　　　　　　（携帯） | | | |
| E-mail |  | | | |
| 学　歴  （大学以降）  職　歴 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 資格・学位 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム（ASUISHI）

様式2

**□**　**メインコース**

**□　患者安全インテンシブコース**

**□　感染制御インテンシブコース**

（希望選択コースを1つ☑してください。）

受講承諾書

フリガナ

　受講者氏名

　上記の者が、名古屋大学大学院医学系研究科主催の文部科学省課題解決型高度医療人材養成プログラム『明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム』に応募することを許可します。また上記の者が同プログラムの受講を名古屋大学より許可された場合は、

半年間にわたり同プログラムを受講することができるよう配慮します。

　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関・役職名

氏名（自筆）

様式3

推薦状

　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

推薦者署名（自筆）

出願者氏名

推薦者氏名

推薦者の所属機関・役職名

推薦理由

志望動機と修了後の展望

様式4

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

出願者氏名

１．志望動機

（１）ご自身の現状と課題

（２）課題に対してASUISHIに期待すること

２．修了後の展望

下記の選考基準を確認のうえ、項目の☑を入れてください。

☐ 予定のプログラムを休まず受講し、半年間で修了できる業務環境である。

☐ 修了後に病院基盤部門（安全管理・感染制御・質管理業務）に主体的に従事できる

見込みである。

☐ 修了後所属医療機関として人財ハブセンター事業に参画できる見込みである。

**所属機関の体制**

様式5

　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関名

出願者氏名

貴機関についてお聞かせください。【記入または☑を入れてください】

**病院基本情報**

１．病床数　　　　　　　　床　　２．常勤医師数　　　　　　　　名

３．救急医療の提供　□ 認定なし　□ 初期救急　□ 二次救急　□ 三次救急

**患者安全管理体制**

１．診療報酬上の医療安全対策加算取得状況（いずれかに☑を入れてください）

□加算１（専従医療職従事）を取得　　□加算２（専任医療職従事）を取得

□取得していない

２．安全管理に関する専門部署の有無　　□あり　□なし

３．構成メンバー（人数をご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医師 | 看護師 |
| メンバー総人数（名） |  |  |
| そのうち専従/専任数（名） |  |  |
| 医療安全管理者講習修了者数（名） |  |  |

**感染制御管理体制**

１．感染防止対策加算取得状況　□加算１を取得　□加算２を取得　□取得していない

２．感染制御に関する専門部署の有無　□あり（以下のご記入をお願いします）　□なし

３．構成メンバー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医師 | 看護師 |
| メンバー総数（名） |  |  |
| 専従/専任数（名） |  |  |
| 資格等（名） | ICD | 感染管理専門 |
| 感染管理認定 |

**質管理体制**

１．質管理に関する専門部署の有無　□あり(以下のご記入をお願いします)　□なし

２．構成メンバー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医師 | 看護師 |
| メンバー総人数（名） |  |  |
| そのうち専従/専任数（名） |  |  |

提出書類チェックリスト

全ての提出書類がそろっていることを確認し、チェック欄に

チェックをつけたうえで書類とともにお送りください。

|  |  |
| --- | --- |
| **チェック欄** | **提出書類一覧** |
|  | 様式1　履歴書 |
|  | 様式2　受講承諾書 |
|  | 様式3　推薦状 |
|  | 様式4　志望動機と修了後の展望 |
|  | 様式5　所属機関の体制 |
|  | 医師免許（写） |

所属機関名

出願者氏名