

平成 21 年度 奥羽大学歯学部附属病院研修歯科医 募集要項

1. 歯科医師臨床研修の目標

奥羽大学歯学部附属病院歯科医師臨床研修プログラムでは、生涯研修の第一歩として、患者中心の全人的医療を理解し、すべての歯科医師に求められる基本的な診療能力（態度、技能および知識）を身に付ける。

2. 応募資格

平成 21 年第 102 回歯科医師国家試験受験予定者で、歯科医師臨床研修マッチングシステムに参加する者。

3. 募集人数

- | | |
|---|-----|
| 1) 奥羽大学歯学部附属病院単独型研修プログラム（Aプログラム）
奥羽大学歯学部附属病院 12ヶ月間の研修 | 45名 |
| 2) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療短期研修プログラム（Bプログラム）
奥羽大学歯学部附属病院 8ヶ月間、協力型臨床研修施設 4ヶ月間の研修 | 50名 |
| 3) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療長期研修プログラム（Cプログラム）
奥羽大学歯学部附属病院 4ヶ月間、協力型臨床研修施設 8ヶ月間の研修 | 5名 |

4. 臨床研修プログラムの特色

1) 奥羽大学歯学部附属病院単独型研修プログラム（Aプログラム）

大学病院の特性を十分に活用して、一口腔単位の総合治療を実践する。また、障害児・者の歯科治療に携わることも特徴である。研修セミナーや研修歯科医による症例報告を通じて歯科疾患に対する知識と診断ならびに治療能力の涵養に努め、さらに研修協力施設で地域医療にも参画する。

2) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療短期研修プログラム（Bプログラム）

協力型臨床研修施設において、高頻度疾患を多く経験し、地域医療を実践する。
大学病院では、特殊症例や高度医療への対応能力も養うための研修に努める。また、研修セミナー、症例報告、研修協力施設での地域医療を通して幅広い研修を行う。

3) 奥羽大学歯学部附属病院地域医療長期研修プログラム（Cプログラム）

協力型臨床研修施設において、高頻度疾患を長期的に多数経験し、地域医療を実践する。
大学病院では、特殊症例や高度医療への対応能力も養うための研修に努める。また、研修セミナー、症例報告、研修協力施設での地域医療を通して幅広い研修を行う。

5. 処遇

研修手当 日額5,000円(税込み)
社会保険 適用あり(私立学校教職員共済に加入)
公的年金保険 適用あり(共済年金に加入)
労災保険 適用あり
宿舎 なし
健康診断 年1回実施
勤務時間、休日、休暇は、本法人就業規則による

6. 選考方法

- ① 書類審査
- ② 面接試験

7. 出願書類

下記の出願書類を簡易書留で郵送、あるいはご持参ください。

- ① 願書(所定のもの・顔写真貼付)
- ② 受験票(顔写真貼付)
- ③ 履歴書(所定のもの・顔写真貼付)
- ④ 卒業(見込み)証明書
- ⑤ 成績証明書

8. 選考試験日と出願期限

	選 考 試 験 日	出 願 期 限
第1回	平成20年8月30日(土)	平成20年8月21日(木)
第2回	平成20年9月13日(土)	平成20年9月4日(木)

※第1回、第2回どちらか一方を受験してください。

9. 試験会場および日程

集 合 : 13:00 病院棟5階 臨床講義室
試験開始 : 13:30～ 面接試験

10. 出願書類提出先・問い合わせ先

〒963-8611
福島県郡山市富田町字三角堂 31-1
奥羽大学歯学部附属病院 庶務課 臨床研修係宛
TEL : 024-932-9268 / FAX : 024-938-9192
E-mail : ohuhospi@alpha.ocn.ne.jp

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

平成21年度 奥羽大学歯学部附属病院
研修歯科医願書

平成 年 月 日現在

フリガナ			性別	写真貼付欄 1. 正面上半身脱帽 2. 縦4cm×横3cm 3. 最近3ヵ月以内撮影 4. 全面糊付 (裏面に氏名を記入のこと)
氏名			男・女	
ユーザーID				
生年月日	昭和	年	月 日 (歳)	
出身大学	大学	学部	卒業(見込み)年：平成 年 月	
現住所	〒 [電話： / 携帯：]			
FAX番号				
E-Mail				
受験希望日	第1回：8月30日(土)	第2回：9月13日(土)	どちらかに○をつけてください	

※本個人情報、は、歯科医師臨床研修に関する連絡以外には使用いたしません。

----- 切り取らずに、そのまま提出してください -----

受 験 票

受験日： 第1回：8月30日(土) ・ 第2回：9月13日(土)

受験番号 _____

フリガナ	
氏名	

写真貼付欄 1. 正面上半身脱帽 2. 縦4cm×横3cm 3. 最近3ヵ月以内撮影 4. 全面糊付 (裏面に氏名を記入のこと)

※当日、受験票を持参すること。

奥羽大学歯学部附属病院

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

履 歴 書

平成 年 月 日現在

フリガナ		性 別	写真貼付欄 1. 正面上半身脱帽 2. 縦4cm×横3cm 3. 最近3ヵ月以内撮影 4. 全面糊付 (裏面に氏名を記入のこと)
氏 名	(印)	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
フリガナ			
現住所	〒 [電話 : / 携帯 :]		
連絡先 <small>(帰省先または現住所以外の緊急連絡先)</small>	[電話 : / 携帯 :]		
学 歴			
平成 年 月	高等学校卒業		
平成 年 月			
志望理由や将来の希望等 (自由に記入)			

※本個人情報、は、歯科医師臨床研修に関する連絡以外には使用いたしません。