

# 令和6年度 短期海外研修実施要項

## 1. 目的

海外の医学や医療の状況を視察し、それに従事する医療人との国際的な交流により医師としての視野を広げ、福島県の医療に従事する医師のキャリアパス形成を支援する。

## 2. 研修期間

令和6年4月22日（月）～4月26日（金）＜移動日除く＞

※現時点での予定のため、今後変更する可能性あり。

## 3. 対象者・定員

福島県内の臨床研修病院に在籍する令和6年4月1日時点の2年次研修医 3名

## 4. 参加条件

- ・訪問先の研修医及び指導医と英語によるコミュニケーションがある程度可能であること。
- ・臨床研修修了後に福島県内の医療に従事する意志があること。

## 5. 選考方法について

### (1) 選考方法

「福島県研修医短期海外研修選考委員会（以下、「選考委員会」という。）」において、書類審査（一次）により候補者を数名選定し、面接（二次）により候補者の面接を行い、最終的に研修参加者を決定する。

### (2) 選考基準（評価基準）

#### ①一次（書類審査）

「令和6年度短期海外研修参加申請書」の記載内容から審査する。

- ア 英語能力について
- イ 参加希望理由について
- ウ 福島県の医療従事について（レポート）

#### ②二次（面接）…令和5年12月27日（水）18時より福島県立医科大学にて実施予定

一次で選定された候補者について人格等や英語能力について審査する。

- ア 海外研修参加への志
- イ 人格・識見について
- ウ 福島県の医療従事に対する気概・信念について
- エ 心身の健康状態について
- オ 英語能力について【面接官から英語により質疑応答】

## 6. 研修先

米国：ニューヨーク、フィラデルフィア など

※診療行為はできない。カンファランスへの参加、診療の見学等が中心となる予定。

※配属先は米国日本人医師会が決定する。

## 7. スケジュールの詳細

調整中

## 8. 応募方法

別紙「令和6年度 短期海外研修参加申請書」に必要事項を記入（ワード打ち込みの対応可）の上、英文 curriculum vitae、海外研修参加申請レポート及びパスポートのコピーを添えて、郵送すること。

※各臨床研修病院を通して応募願います。

## 9. 応募締切

令和5年12月18日（月）〔必着〕

## 10. 参加費

- ・研修に関する経費については、福島県臨床研修ネットワークが負担するが、宿泊費の一部については参加者の自己負担が発生する場合がある（円相場により変動する。）。
- ・必須となる海外旅行保険加入費用及び予防接種費用は参加者負担とする。
- ・現地で徴収するパーティの会食費等、雑費の\$200（円相場により変動する。）は参加者負担とする。
- ・ESTA申請費用は参加者負担とする。

## 11. その他（以下については、最終的に参加決定後に対応のこと。）

- ・有効期限が6ヶ月以上残っているパスポートを保有していること。
- ・英語表記による履歴書を提出すること。
- ・事前にESTAによる米国入国申請すること。
- ・海外旅行保険加入は必須。クレジットカード等に付帯したものではありません。不十分なため、別途必ず加入すること。万が一の急病等に備えて、「治療・救援費用：無制限」の保険に加入すること。
- ・宮城県、岩手県との合同事前説明会を実施予定。日時は参加決定後に連絡するので、必ず参加のこと。
- ・海外研修開始前5年以内に行った検査で、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘の抗体価が十分ある必要がある。なお、母子手帳の写しの提出を求められる場合がある。
- ・ツベルクリン反応陽性者は、海外研修開始の6ヶ月以内に行った胸部エックス線写真（正面と側面）で異常がないことが必要。なお、参加決定後に証明書が必要となるため、後日改めて連絡する。
- ・上記以外の感染症予防対策について、追加で求められる場合がある。
- ・研修終了後には、研修内容報告や感想等の報告書を日本語と英語で提出のこと。
- ・短期海外研修の期間中は、他病院での研修を計画しないこと。

### 【申込み先・問合わせ先】

公立大学法人福島県立医科大学 医療人育成・支援センター（担当：石田英祐）  
〒960-1295 福島市光が丘1番地  
Tel : 024-547-1713 Fax : 024-547-1715 E-mail : cmecd@fmu.ac.jp

# 令和6年度短期海外研修参加申請書

応募締切：令和5年12月18日（月）必着

(ふりがな)		性別
1. 氏名		
2. 生年月日	西暦	年 月 日
3. 所属病院名		
4. 専門医研修の希望診療科		
5. 住所 (連絡先等)	〒	
	電話番号：	
	Mail address：	
6. 英語能力 ※成績証明できるもの（コピー）を添付し、右欄へスコア等を記載して下さい。	TOEFL TOEIC 英検等	留学経験 海外居住経験 有 (期間： 月・年) 無
7. 参加希望理由等 ※参加希望理由・参加したい熱意など記載して下さい。 ※英語能力等については詳しく記載して下さい。 ※参加にあたり学びたいことなども自由に記載して下さい。		
8. 福島県の医療従事者について	別紙「令和6年度短期海外研修参加申請レポート用紙」へ、課題1、2について各400字程度で記載してください。	
9. 研修希望について (希望する診療科に第1希望～第3希望まで数字を入れ、その理由も必ず記載してください。※米国側の調整により希望通りにならないことがあります。)	<input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病 <input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 心臓外科 <input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> その他*( )科 *ERの見学はできません	
	【上記診療科を見学したい理由(必須)】	

※応募者多数の場合は、選考となりますので、予めご了承ください。

問い合わせ先 福島県立医科大学 医療人育成・支援センター  
福島市光が丘1番地 024-547-1713 cmeacd@fmu.ac.jp

## CURRICULUM VITAE

Name \_\_\_\_\_, MD

写真添付

### PERSONAL INFORMATION

**Date of Birth:**

**Place of Birth:**

**Citizenship:**

**Home address:**

**Office address:**

### EDUCATION/POST GRADUATE TRAINING

**College/University:**

**Residency:**

### MEDICAL LICENSURE

### QUALIFICATION SKILLS

### INTERESTED MEDICAL SPECIALTY



