

令和元年度 虎の門病院夏期学生実習募集要項

1. 対象 大学医学部5, 6年
2. 受入期間 令和 元年7月1日(月) ~ 令和 元年8月23日(金)
3. 実習日数 5日間以内(祝日を除く(月)~(金) 診療科により異なる)
4. 受入人数 1診療科1週 1~3名(診療科により異なる)
5. 宿泊施設 なし。各自でご手配下さい
6. 食事 昼・夜を職員食堂利用可(プリペイドカード使用・自己負担)
7. 持参する物 白衣、ネームプレート、聴診器ほか実習に必要と思われるもの
8. 申込み期間 令和 元年5月23日(木) ~ 令和 元年6月27日(木)
(定員に成り次第締め切らせて頂きます)
9. 申込み方法 電話予約のみ。受付時間 9:00 ~ 11:30 14:30 ~ 16:00(厳守)
10. 必要書類 大学からの実習依頼書 及び 履歴書 (実習開始1週間前まで必着)
※書類が届かない場合はキャンセルさせていただきます
11. 受入状況

受入科	受入人数	コース					備考
		月	火	水	木	金	
血液科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間
内分泌代謝科(内分泌部門)	2名	○	○	○			(月)スタート 3日間 ※7/15~7/17、8/12~8/14は不可
内分泌代謝科(代謝部門)	2名				○	○	(木)スタート 2日間
呼吸器センター内科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間
呼吸器センター外科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間 ※7/27~8/5は不可
消化器内科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間
肝臓内科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間 ※7/1~7/5は不可
神経内科	1名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間 ※8/13~8/19は不可
循環器センター内科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間
循環器センター外科	1名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間
腎センター内科	2名		○	○	○		(火~木) 3日間(1日のみでも可)
小児科	2名				○	○	(木)スタート 2日間 ※8/23・8/30は不可
皮膚科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間 ※8/19~8/23、8/26~8/30は不可
産婦人科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間 ※7/4~7/5は不可
消化器外科 (上部)(肝・胆・膵)(下部)	3名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間 ※(上部)7/16~7/19は不可

乳腺・内分泌外科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間 ※7/11～7/12は不可
脳神経外科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間
脳血管内治療科	6名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 ※7/10～7/12・7/22は不可
間脳下垂体外科	2名	○	○	○			(月)スタート 3日間
整形外科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又は3日間 (木)スタート 2日間
形成外科	1名	○	○	○			(月)スタート 3日間
泌尿器科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間
耳鼻咽喉科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間 ※7/1～7/5・8/19～23は不可
病理診断科	1名	○	○				(月)スタート 2日間
臨床腫瘍科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間
臨床感染症科	1名	○	○	○			(月)スタート 3日間
放射線治療科	1名				○	○	(木)スタート 2日間
救急科	1名				○	○	(木)スタート 1日間又は2日間 ※17時～20時の実習です
分院肝臓内科	2名	○	○	○	○	○	(月)スタート 3日間 (木)スタート 2日間 ※神奈川県梶が谷所在
分院 腎センター内科	要相談			○	○		(水・木)2日間 ※神奈川県梶が谷所在
分院外科	1名	○	○	○	○	○	(月)スタート 5日間又3日間 (木)スタート 2日間 ※神奈川県梶が谷所在
分院リハビリテーション科	2名				○	○	(木)スタート 2日間 ※神奈川県梶が谷所在

連絡先及び書類送付先

〒105-8470 東京都港区虎ノ門2-2-2
 虎の門病院
 医学教育部事務局 大平・中山宛



※上記枠を切り取って使用出来ます。

TEL:03-3588-1111(代)内線3460

履 歴 書

※Eメールアドレスは、PCのアドレスをご記入下さい

ふりがな			申込み診療科
氏名		(印)	_____ 期間 月 日 ~ 月 日
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	写真(上半身)
大学・学年	(年)		
大学住所	〒 - - TEL - -		
現住所	〒 - - TEL - - (携帯)TEL - -		
Eメールアドレス			平成 年 月 日撮影

学歴 (高校より記入)		年入学	年卒業
		年入学	年卒業
		年入学	年卒業
職歴			

所属サークル 課外活動		免許等	
----------------	--	-----	--

当院を志望 した理由	
---------------	--

今回の実習に 対する抱負・希望	
--------------------	--