

令和6年度北九州専門医レジデント制度 募集要項

(小児科専門医・産婦人科専門医コース)

◆ 制度の概要

1 制度の目的

北九州市民が安心して子供を産み育てられる環境整備を推進するため、医師確保が困難な小児科及び産婦人科専門医を目指す医師に対し、研修資金を支給することで研修を支援し、地域で小児科及び産婦人科専門医を育成するとともに、北九州市定着を図ることを目的とする。

2 支援の対象者

(1) 対象者について

福岡県内の専門研修プログラム※に採用されて、かつ北九州市内の専門研修基幹病院もしくは専門研修連携病院において、小児科または産婦人科の専門研修を行う専攻医（1～3年目）で、将来、北九州市の地域医療に貢献する明確な意思を持つ者。

※一般社団法人日本専門医機構が承認した専門研修プログラム整備基準に基づき、県内の専門研修基幹病院が作成し同機構の認定を受けた専門研修プログラムのこと。

(2) 定員について

30名程度（小児科専攻医及び産婦人科専攻医の合計で30名程度）

※専門研修病院ごとの定員は、小児科専攻医「4名」、産婦人科専攻医「4名」の「合計8名程度」といたします。

(3) 支援の対象外となる者について

本制度と同種の支援制度の支給を受けている者は、本制度の支援対象外となります。

3 令和6年度の募集締切について

令和6年4月26日（金）

4 支給金額・支給期間

(1) 支援金額：月額2万円～10万円（年間24万円～120万円）

※支給金額は、採用人数により決定いたします。

※研修資金の返済義務はありません。

(2) 支援期間：1年間（当該年度）

5 研修資金の用途

専門医資格の取得を目的とした学会や研修会等、学習機会への参加等に要する経費に充てるための経費。

※使用用途についての報告は必要ありません。

6 支給の中止・停止

受給者が次のような状況になった場合、研修資金の支給を中止または一時停止します。

- ・ 専門研修を中止または休止した
- ・ 心身の不調のため専門研修を継続できなくなった 等

◆ 北九州専門医レジデント制度申請から研修資金交付までの手続き

1 北九州専門医レジデント制度の申請

以下の書類を北九州市医師会まで提出してください。

北九州市医師会（北九州専門医レジデント制度選考委員会）において、書類選考の上、支援の適否について申請者に通知します。

※支給決定者には、本会より「北九州専門医レジデント制度支援認定証」を交付します。

提出書類	備考
①北九州専門医レジデント制度申請書 (様式第1号)	当該制度の申請書です。別紙は、将来、本市の地域医療に貢献したい、本市の医療機関で働きたい等の考えを記入していただく書類です。
②推薦調書(様式第2号)	研修中の専門研修を実施している専門研修基幹病院もしくは連携病院の管理者または研修プログラム統括責任者に記入していただく書類です。
③医師免許証の写し	医師法第6条第2項に規定されている医師免許証のコピーです。

2 研修資金の交付

	支給月分	支給月
1回目	4・5・6・7月分	7月中旬頃
2回目	8・9・10・11月分	10月中旬頃
3回目	12・1・2・3月分	2月中旬頃

◆ その他届け出が必要な場合

支援期間中及び専門研修修了後※に以下の事由が生じた場合、速やかに指定の様式にて北九州市医師会にご報告いただきます。

事由	提出様式
専門研修を中止した 研修資金の支給を辞退する 等	辞退届(様式第3号)
専門研修を休止した 等	停止届(様式第4号)
専門研修を再開した 等	再開届(様式第5号)
転居に伴う住所変更 等	変更届(様式第6号)
専門研修修了後の勤務先が決定した※	勤務先届(様式第7号)

◆ 申請・届出受付先(お問い合わせ先)

公益社団法人 北九州市医師会

〒802-0077 北九州市小倉北区馬借1丁目7-1 総合保健福祉センター7F

TEL: 093-513-3811 FAX: 093-513-3816

E-mail: info@kitakyushu-med.or.jp

様式第1号

令和6年度 北九州専門医レジデント制度【申請書】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

申請者氏名 _____ ⑩

(自署又は記名押印)

専門研修修了後は、北九州市の地域医療に貢献する意思があります。

よって、本制度の目的に同意し、北九州専門医レジデント制度を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

専門研修領域	小児科 ・ 産婦人科	
専門研修基幹病院 (所属先)		
専門研修 実施計画 (令和6年度研修分)	専門研修 (1 ・ 2 ・ 3) 年次	
	病院名	研修期間
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月

ふりがな		(写真添付) 縦4cm×横3cm
氏名	昭 ・ 平 年 月 日生 (歳)	
現住所	郵便番号 (—) 市 区	
電話番号	() — 自宅・携帯	
E - m a i l		
出身都道府県	県 (市)	
出身高校	高等学校 年 月卒業	
出身大学	大学 学部 年 月卒業	
医師免許証取得年月日 及び番号	年 月 第 号	
初期臨床研修病院		

○将来、本市の地域医療に貢献したい、本市の医療機関で働きたい等、ご自身のお考えを2,000字以内でご記入ください。

- 関係書類 1 医師免許証の写し
2 推薦調書（様式第2号）

北九州専門医レジデント制度【推薦調書】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

所在地

名称

管理者又は

専門研修プログラム統括責任者氏名

⑨

(自署又は記名押印)

下記の者は、北九州専門医レジデント制度を受ける者として適当と認められるので、推薦します。

記

氏名	
生年月日	
専門研修領域 (研修期間)	小児科 ・ 産婦人科 年 月 ～ 年 月
意見	

様式第3号

北九州専門医レジデント制度【辞退届】

年 月 日

北九州市医師会 殿

氏 名 ⑩
住 所

北九州専門医レジデント制度について、下記の理由により支給を辞退させていただきます。

記

1 辞退の理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() (1) 専門研修の中止

() (2) 北九州専門医レジデント制度の辞退
理由

() (3) 心身の故障により研修継続困難

2 理由発生年月日

年 月 日

様式第4号

北九州専門医レジデント制度【停止届】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

氏 名 ⑩
住 所

北九州専門医レジデント制度について、下記の理由により支給の停止を届け出ます。

記

停止の理由 (注)いずれかの理由に○を付けてください。

() 1 専門研修の休止

予定期間 年 月 日から 年 月 日まで
理由

() 2 県外での専門研修の実施

予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

様式第5号

北九州専門医レジデント制度【再開届】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

氏 名 ⑩
住 所

北九州専門医レジデント制度について、停止の事由が消滅したため、下記のと通りの再開を申請します。

記

1 停止の事由が消滅した日

年 月 日

2 支給停止の期間

年 月から 年 月まで

様式第6号

北九州専門医レジデント制度【変更届】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

氏 名 ⑩
住 所

北九州専門医レジデント制度について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

1 変更した事項

2 変更年月日

年 月 日

3 変更した内容

様式第7号

北九州専門医レジデント制度【勤務先届】

年 月 日

北九州市医師会長 殿

氏 名 ⑩
住 所

北九州専門医レジデント制度について、新専門医制度における研修修了後の勤務先を下記のとおり届け出ます。

記

氏 名	
医療機関名 (勤務先)	
医療機関所在地	
所属診療科名	
勤務を開始する日 (予定)	年 月 日