令和8年度徳島大学病院医員(修練歯科医)募集要項

徳島大学病院では、下記により医員(修練歯科医)を募集します。

記

1. 募集人数

10 人

2. 募集歯科診療科(部、センター)

むし歯科、歯周病科、そしゃく科、かみあわせ補綴科、歯科放射線科、矯正歯科、小児歯科、口腔内科、口腔外科、歯科麻酔科、総合歯科診療部、口腔インプラントセンター

3. 研修内容

別紙「徳島大学病院歯科医師後期臨床研修概要」による。

4. 応募資格

令和8年3月末に歯科医師臨床研修の修了見込みの者

5. 採用期間

令和8年4月1日~令和9年3月31日

6. 応募に際しての提出書類

- (1) 医員(修練歯科医)願書(本院の所定用紙による。)
- (2) 履歴書(本院の所定用紙による。)
- (3) 歯科医師免許証の写し
- (4) 受験票返信用封筒

(定形封筒長3(12×23.5cm)に出願者本人の宛名を記入し、110円切手を貼り付けたもの)

ただし、現在本院において医員(研修医)として勤務している者(継続採用者)は、(2)及び(3)の書類は不要。なお、採用時に必要となる書類については別途指示します。

7. 選考方法・選考会場

選考方法:必要に応じて面接試験(Web 面接を含む)を実施する。

選考会場:面接日時及び場所は別途応募者に連絡する。

8. 応募締切日

令和7年11月14日(金)

9. 処遇

国立大学法人徳島大学有期雇用職員就業規則による。

10. 提出先

徳島大学法人運営部人事課蔵本人事係

〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50番地の1

Tel: 088-633-7018 (内線 7018、7505)

Fax: 088-633-7474E-mail: jnjin2k@tokushima-u.ac.jp

11. 相談窓口連絡先

徳島大学病院キャリア形成支援センター(総務課専門研修係)

〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50番地の1

Tel: 088-633-9976
Fax: 088-633-9543
E-mail: bsenkenk@tokushima-u.ac.jp

「徳島大学病院歯科医師後期臨床研修概要」

1. 後期臨床研修の目的

臨床研修初期プログラム修了後、将来、専門医、認定医資格の取得を視野に入れ、また、多様化する全身疾患に対応し得るよう、より高度で専門的な歯科治療に関する知識・技術・態度を身につけ、医療人として高い倫理観をもち、有能かつ誠実で信頼される歯科医師を養成することを目的とする。

2. 到達目標

- 1) 専門領域において、できるだけ広く偏りのない専門的および先進的知識と技術を修得し、専門医または認定医の資格の取得を目指す。
- 2) 全人的医療の精神に基づいた高い倫理観と豊かな人間性を養い、歯科医師として患者だけでなくチーム医療のスタッフにも信頼される歯科医師を目指す。
- 3) 歯科医学・医療の研究を通して社会に貢献できる歯科医師を目指す。

3. 制度の概要

後期研修医(以下、修練歯科医と呼ぶ)は、各診療科(部、センター)に所属する。 研修内容については、所属科(部、センター)の責任者と話し合いで決め、ローテイト研修 を希望する場合も柔軟に対応する。

4. 研修プログラムの概要

1)総合歯科研修

①包括的歯科研修プログラム

包括的歯科医療を実践し、地域歯科医療の中心的役割を、また、大学内においては臨床実習、臨床研修の指導歯科医として活躍するために、全身管理の知識と、より高度で実践的な歯科診療に必要な知識、技能を修得する。

関連する学会の所定の基準をクリアーすれば、専門医、認定医の資格の取得することができる。

2) 東門歯科研修

①歯周病歯科プログラム

歯科専門医機構の歯周病専門医および歯科保存専門医の資格の取得を目指し、歯科専門医機構および日本歯周病学会ならびに日本歯科保存学会が定めるカリキュラムに沿って、一般歯科診療と高度な歯周治療および歯内療法に対する専門的な知識、技能を修得する。

②口腔外科プログラム

日本口腔外科学会の認定医および歯科専門医機構の口腔外科専門医の資格の取得を目指し、学会が定めるカリキュラムに沿って、口腔外科領域の疾患に対する診断および外科的処置、病棟での全身管理に対する専門的な知識、技能を修得する。

③小児嫌科・障害者歯科プログラム

歯科専門医機構の小児歯科専門医の資格の取得を目指し、歯科専門医機構および日本小児 歯科学会が定めるカリキュラムに沿って、小児歯科領域の疾患の診断・治療に対する専門的 な知識・技能を修得する。また、日本障害者歯科学会の認定医の資格も合わせて取得するこ とも可能である。

④歯科放射線プログラム

日本歯科放射線学会の認定医および歯科専門医機構の歯科放射線専門医の資格の取得を目指し、歯科専門医機構および学会が定めるカリキュラムに沿って、歯科放射線学の専門的知識と臨床技能を修得し、特に口腔顎顔面領域の画像診断をより深く行うための知識、技能を修得する。

⑤補綴歯科プログラム

歯科専門医機構の補綴歯科専門医および日本補綴歯科学会の修練医、認定医の資格の取得を目指し、歯科専門医機構および学会が定めるカリキュラムに沿って、補綴歯科学の専門的知識と高度な補綴歯科に関する技能を習得する。

⑥歯科麻酔プログラム

日本歯科麻酔学会の認定医および歯科専門医機構の歯科麻酔専門医の資格の取得を目指し、歯科専門医機構および学会の定める研修カリキュラムに沿って、歯科麻酔および全身管理に関する専門的知識、臨床技能を修得する。

⑦歯科保存プログラム

日本歯科保存学会の認定医の資格の取得を目指し、学会が定めるカリキュラムに沿って、 一般歯科診療と保存修復学、歯内療法学及び歯周病学の3者の総合的な知識、技能を修得する。

⑧口腔内科プログラム

日本口腔科学会、日本口腔内科学会、日本口腔外科学会の認定医の資格の取得を目指し、 学会が定めるカリキュラムに沿って、口腔内科学と周術期等口腔機能管理および全身管理に 対する専門的な知識と技能を修得する。

9口腔領面痛・顎関節症歯科プログラム

日本口腔顔面痛学会および日本顎関節学会の専門医の資格の取得を目指し、学会が定めるカリキュラムに沿って、口腔顔面痛・顎関節疾患の診断と治療に必要な高度な知識と技術を修得する。あわせて歯科の外来で一般診療を行うことにより、総合的な歯科診療の先進的な知識、技能を修得する。

⑩矯正歯科プログラム

日本矯正歯科学会の認定医・臨床指導医の資格の取得を目指し、学会が定めるカリキュラムに沿って、矯正歯科診療に関する診断と治療に必要な専門的な知識と技術を修得する。

①口腔インプラントプログラム

日本口腔インプラント学会の専修医・専門医の資格の取得を目指し、学会が定めるカリキュラムに沿って、歯科インプラントに関する診断と治療に必要な専門的な知識と技術を修得する。あわせて歯科の外来で一般診療を行うことにより、総合的な歯科診療の先進的な知識、技能を修得する。

研修プログラム一覧表

プログラム名	診療科(部、センター)名
包括的歯科研修プログラム	総合歯科診療部
歯周病歯科プログラム	歯周病科
口腔外科プログラム	口腔外科
小児歯科・障害者歯科プログラム	小児歯科
歯科放射線プログラム	歯科放射線科
補綴歯科プログラム	そしゃく科、かみあわせ補綴科
	総合歯科診療部
歯科麻酔プログラム	歯科麻酔科
歯科保存プログラム	むし歯科
口腔内科プログラム	口腔内科
口腔顔面痛・顎関節症歯科プログラム	かみあわせ補綴科
矯正歯科プログラム	矯正歯科
口腔インプラントプログラム	口腔インプラントセンター、そしゃく
	科、かみあわせ補綴科、口腔外科、総
	合歯科診療部

令和8年度 徳島大学病院医員(修練歯科医)願書

令和 年 月 日

受験番号				生年月	日	昭和 平成		年	月	日
フリガナ				年 齢		歳				
氏 名				性 別	IJ		男	•	女	
連絡先住所	₸									
電 話			堆	携帯電話						
FAX			175							
E-Mail										
11.5 1.37	大学					学部				
出身大学	平成 年	月	F	日 卒	業					
希望研修	希望研	邢修診療科(部、	センター	-) :	を記入し	てく	ださい	١	
診療科(部)										
臨床研修修了見 込み施設名										
備考										

- 注1. 太枠への記入は要りません。
- 注2. 連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入して下さい。
- 注3. この登録願書は、履歴書、返信用封筒を同封して下記までお送り下さい。
- *受験票返信用封筒: 定形封筒長 3 (12×23.5 cm) に出願者本人の宛名を記入し、1 1 0 円切手を貼り付けたもの。

郵送する場合は、提出書類を一括して封筒に入れ、表面に「修練歯科医応募書類在中」と朱書きし、必ず簡易書留にて送ること。

(送付先) 〒770-8503

徳島市蔵本町2丁目50番地の1 徳島大学法人運営部人事課蔵本人事係

TEL: 088-633-7018

履 歴 書

					年 月	月 日現在	
ふりか	いな						4 cm×3 cm 上半身脱帽・
氏名							6ヶ月以内に撮影
						印	したものを貼付
昭和				— # ()#:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
平成		年	月	日生(満	才)	※ 男・女	
ふりか							
現住原	斤(〒	_	-)			
TEL:					FAX:		
携帯電					E-mail:		
ふりか							
連絡兒	も(〒	-	-)(現住所」	以外に連絡	を希望する場合	合のみ記入。帰省先等。)
						電話	方
年	月			学歴、暗	城歴など(4	各別にまとめて	て書く。)
	, ,			,			
年	月				 資格	ト・免許	
	! ! ! ! !						
	i i						

(例) クラブ 期間	7ラブ等での役割
サッカー部 (1-6年)	クラブ等での役割 プレイヤー、マネージャー(4-5 年)
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
~ 100 A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
希望診療科、興味のあ)分野
将来の進路の希望	
1,771	
志望動機	
自己PR	

クラブ活動・文化活動・ボランティアについて(活動期間等を詳しく)