

平成23年7月

歯学部、歯科大学責任者 様

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
病院長 鈴木 克 昌

平成24年度歯科臨床研修医募集案内の送付について（ご依頼）

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度当院では平成24年度歯科臨床研修医を募集するにあたりまして、下記の書類を同封いたしましたので、ご供覧のうえ当院に応募希望の学生がございましたら、ご紹介いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 同封書類
- ・ 歯科医師卒後臨床研修医募集案内
 - ・ 研修申込書
 - ・ 概況書
 - ・ 履歴書

2. 資料請求先 (事務局)
愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地 (〒448-8505)

医療法人 豊田会 刈谷豊田総合病院

人事企画室 阪 野 洋 平

TEL 0566-25-8007 (ダイヤル)

FAX 0566-22-2493



以 上



刈谷豊田総合病院歯科医師卒後臨床研修医募集案内 (平成24年度)

I. 研修医募集要項

- 1) 応募資格 平成24年3月歯学部歯学科卒業予定者か卒業者であって、当院の歯科医師卒後臨床研修計画に従って研修を希望する者。
※臨床研修マッチング協議会の実施する歯科研修医マッチングに参加登録する事を条件とする。
- 2) 募集人員 1名
- 3) 出願提出書類 i) 履歴書・研修申込書(全て本院所定の様式)
ii) 成績証明書・卒業見込証明書
- 4) 出願期限 平成23年8月17日(水)
- 5) 選考日 平成23年8月25日(木) 10:30~ 外来診療棟5階第4会議室
- 6) 選考方法 i) 面接 ii) 筆記試験(小論文・一般教養)
- 7) 選考結果 マッチング協議会の実施するマッチングシステムによる組み合わせ決定後、本人宛に通知する予定。

II. 研修の概要

- 1) 研修期間 医師国家試験合格後(平成24年4月)より平成25年3月31日までの1年研修。
- 2) 研修方法 カリキュラムを第1期と第2期に分割して行う。
ただし全期間とも刈谷豊田総合病院にて行う。
- 3) 身分 研修医(常勤職員)
- 4) 保険 健康保険、厚生年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険
- 5) 待遇

	1年次
基本給/月	378,000円
賞与/年	1,155,000円

ほかに、諸手当(通勤手当)を支給する。

- 6) 宿舎 原則として臨床研修医用宿舎に入る。(既婚者は事前に連絡のこと)

III. その他

- 1) 本院の就業規則を遵守すること。(就業時間 平日 8:30~16:45、土曜 8:30~14:00)

IV. 資料請求先

- 1) 〒448-8505 愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地
刈谷豊田総合病院
人事企画室人事グループ 阪野 洋平
TEL 0566-25-8007 FAX 0566-22-2493
- 2) 研修内容を直接聞きたい方、休暇中の見学実習希望の方は、歯科・歯科口腔外科 萩野浩子まで。
刈谷豊田総合病院
歯科・歯科口腔外科 TEL 0566-25-8020 (ダイヤル)

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 概況

所在地	〒448-8505 愛知県刈谷市住吉町 5 丁目 15 番地	
代表電話	0566-21-2450	
代表 FAX	0566-22-2493	
運営主体	医療法人豊田会 刈谷市、高浜市並びにトヨタグループ 8 社により運営 (株)豊田自動織機、愛知製鋼(株)、(株)ジェイテクト、トヨタ車体(株)、豊田通商(株) アイシン精機(株)、(株)デンソー、トヨタ紡織(株)	
理事長	豊田 芳年	
病院長	鈴木 克昌	
病床数	621 床(一般病床) うち救命救急センター 20 床(ICU12 床、CCU4 床、その他 4 床)、夜間病床 9 床、 回復期リハビリテーション 42 床	
職員数	1,309 名 医師 186 名(医師 152 名 臨床研修医 34 名) 看護職員 646 名(助産師 43 名、看護師 592 名、准看護師 11 名) 医療技術者 253 名(薬剤師 39 名、診療放射線技師 44 名、臨床検査技師 50 名 MSW 11 名、OT 20 名・PT 32 名・ST 7 名 臨床工学技士 22 名、管理栄養士 15 名、その他 13 名) 事務員 180 名 その他 44 名	
沿革	昭和 37 年 9 月	医療法人豊田会設立
	昭和 38 年 3 月	刈谷豊田病院開設 病床数 200 床
	昭和 58 年 1 月	刈谷総合病院に改称
	平成 02 年 1 月	健診センター開設
	平成 10 年 6 月	日本医療機能評価機構認定取得 (一般病院 B 第 54 号)
	平成 11 年 8 月	ISO9001 認証取得 (健診センター)
	平成 12 年 2 月	ISO14001 認証取得
	平成 18 年 2 月	ISO9001 認証取得 (病院全体)
	平成 18 年 4 月	刈谷豊田総合病院に改称
	平成 19 年 3 月	災害拠点病院 (地域災害医療センター) に指定
	平成 19 年 11 月	新病棟 (1 棟) 開棟
	平成 19 年 12 月	ISO14001 認証取得 / 登録から自己宣言へ
	平成 20 年 3 月	ISO9001 認証拡大 (豊田会全体)
	平成 20 年 6 月	日本医療機能評価機構 更新 (審査体制区分 4 第 GB54-3 号) 発行日 H20.3.17
	平成 22 年 6 月	愛知県がん診療拠点病院に指定
	平成 22 年 11 月	ISO15189 認定取得 (臨床検査室)
	平成 23 年 2 月	NPO 法人卒後臨床研修評価機構 認定取得 中央棟 開棟
	平成 23 年 3 月	愛知 DMAT 指定医療機関に指定
	平成 23 年 4 月	救命救急センターに指定 災害拠点病院 (地域中核災害医療センター) に指定

規 模 敷地面積 28,660 m² 建物延面積 64,312 m²
 駐車場台数 約 1,506 台

診療科目 内科 精神科 神経内科 循環器科 小児科 外科 整形外科 脳神経外科
 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 耳鼻咽喉科 眼科 放射線科
 麻酔科 リハビリテーション科 歯科 歯科口腔外科 (19科目)

特殊診療部門 内視鏡センター、循環器センター、ICU、CCU、高気圧酸素治療室、健診センター

診療圏 刈谷市・東浦町・大府市・高浜市・知立市の4市1町及び、安城市・豊田市の一部
 (当院を中心としたおよそ半径10kmが診療圏で、人口は約60万人)

実 績

項 目	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
医業収益 (百万円)	17,240	18,859	19,686	21,309	22,003
入院延患者数 (人)	221,850	226,220	226,111	230,156	227,272
入院患者数1日平均 (人)	608	618	619	631	623
平均在院日数 (日)	13.6	13.9	13.5	12.4	12.1
外来延患者数 (人)	554,344	555,518	552,059	570,218	567,387
外来患者数1日平均 (人)	2,084	2,112	2,107	2,185	2,149
紹介率 (%)	36.9	36.2	36.8	35.9	40.8
救急車受入数 (件)	8,337	8,926	8,531	8,746	9,120
手術件数(9室) (件)	4,773	5,258	5,621	6,042	6,034
アンギオ件数(2台) (件)	1,219	1,061	1,246	1,383	1,137
CT件数(4台) (件)	35,009	37,742	38,570	42,254	42,059
MRI件数(4台) (件)	16,985	16,985	16,689	17,974	17,233
PET-CT件数(H18.3~) (件)	1,036	1,366	1,146	1,170	1,302
分娩数 (件)	657	824	909	993	953
服薬指導件数 (件)	10,909	9,170	9,732	12,467	12,836
栄養指導件数 (件)	5,013	6,294	7,930	8,330	7,521
剖検数/死亡者数	20/642	21/635	11/668	9/678	19/773

主要施設認定

- ・日本医療機能評価機構認定病院
- ・臨床研修指定病院
- ・歯科医師臨床研修指定病院
- ・災害拠点病院 (地域中核災害医療センター)
- ・愛知県がん診療拠点病院
- ・DMAT 指定医療機関
- ・救命救急センター指定病院

関連施設

- ・刈谷豊田総合病院東分院 (H12.4開設) 療養病床230床、透析センター52床併設
- ・刈谷豊田総合病院高浜分院 (H21.4開設) 療養病床104床
- ・介護老人保健施設ハビリスーツ木 (H11.1開設) 入所定員140床、通所定員120名
- ・刈谷訪問看護ステーション (H7.10開設) 登録利用者数 約140名
- ・刈谷療養通所介護事業所 (H20.5開設) 通所定数5床
- ・刈谷中部地域包括支援センター (H22.4開設) 刈谷豊田総合病院併設
- ・刈谷居宅介護支援事業所 (H22.4開設) 指定居宅介護支援事業者、刈谷豊田総合病院併設

研修申込書

平成 年 月 日

刈谷豊田総合病院長 殿

氏 名 印

私は貴院において卒後研修をしたいので、履歴書および身上書を添えて
申し込みいたします。

附 記

1 同居家族 有 ・ 無

2 その他希望事項など

在籍大学 大 学

現住所 〒 _____

_____ 県 _____

TEL _____

連絡先 〒 _____

_____ 県 _____

TEL _____