

# 鹿児島大学病院

## 新規採用予定者説明会

日 時： 令和3年2月9日（火） 15：00～

オンライン会議システムを使用して開催いたします。  
URL などについては、後日お知らせいたします。

### 《注意事項》

- 説明会当日は、この資料を見ながら説明を行いますので、お手元に準備していただきますようお願いいたします。
- 歯科医師免許申請書、診断書、保険医登録票は、在学中の大学より配布があると思います。既卒の方は、各都道府県の保健所などで取得してください。
- 説明会当日に記入方法を説明し、同時に申請書に記入をしていただければと思いますので、歯科医師免許申請書、診断書、保険医登録票を2月9日(火)までにお手元に準備しておくようお願いいたします。

鹿児島大学病院

## 提出書類一覧について

**※令和3年3月5日（金）必着です。【期限厳守】**

それぞれの書類の記入方法は、説明会書類に記載されています。

記入漏れや不足書類がないことを、送付の前にもう一度☑でご確認ください。

1	<input type="checkbox"/>	歯科医師免許申請書
2	<input type="checkbox"/>	診断書
3	<input type="checkbox"/>	登録証明書用郵便はがき 353円分の切手を貼付
4	<input type="checkbox"/>	戸籍抄（謄）本
5	<input type="checkbox"/>	収入印紙 60,000円
6	<input type="checkbox"/>	罰金以上尾計に処されたことがある場合の書類（該当者のみ）
7	<input type="checkbox"/>	-google予約申し込み書（希望者のみ）
8	<input type="checkbox"/>	DEBUT UMIN-ID取得についてアンケート

## 歯科医師免許申請手続き書類について

鹿児島大学病院では、4月1日採用予定者の歯科医師免許申請について、3月16日（火）の歯科医師国家試験合格発表後、当院において一括して行います。ついては、事前に下記必要書類等の提出をお願いいたします。

### 1. 提出書類等：

- ① 歯科医師免許申請書
- ② 収入印紙（登録免許税）（□6万円）
- ③ 診断書（□申請日に対して1ヶ月以内のもの）  
※採用書類と同封した健康診断書とは異なる
- ④ 登録済証明書用郵便はがき（□353円切手）
- ⑤ 戸籍抄（謄）本（□申請日に対して6ヶ月以内のもの）
- ⑥ その他…罰金以上の刑に処せられたことのある者は、別途必要書類あり（4頁参照）

### 2. 提出先： 鹿児島大学病院 総務課 臨床研修係（病院管理棟3階）

提出期限： **令和3年3月5日（金）必着**

- ・郵送の場合は、必ず「書留」で郵送してください。
- ・鹿児島大学病院研修歯科医の採用予定者のみ手続きを行います。
- ・やむを得ない事情により、期限までに提出できない者は必ず連絡願います。

※提出が遅れると採用も遅れる場合があるので、ご注意ください。

### 3. 国家試験の可否の連絡先： 総務課 臨床研修係

- ・可否の確認ができ次第、臨床研修係まで連絡してください。
- 【電 話】099-275-6720, 6668  
【E-mail】rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp

- ・不合格の場合も必ず連絡してください。
- ・可否の連絡がなく、確認できない場合は申請を行えませんのでご注意ください。

### 4. その他：

- ・申請書類はホッチキス留めせずに提出すること（当係で確認の上、処理いたします）。

問い合わせ先：  
鹿児島大学病院  
総務課臨床研修係 吉留、加古  
〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘八丁目35番1号  
E-mail: rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp  
TEL) 099-275-6720,6888 FAX) 099-275-6846

**歯科医師免許申請における提出書類等について**

① **歯科医師免許申請書**（5頁参照）

- ・厚生労働省から配付された申請書を使用すること。
- ・黒のボールペンを用い（フリクションボールペンは不可）、文字は楷書で正確に、氏名は戸籍抄本で確認のうえ記入すること。  
（訂正する場合は、＝線を引き訂正印を押すこと。）
- ・数字は右側に詰めて記入すること。
- ・申請年月日は**令和3年3月16日**と記入すること。
- ・受験地、本籍地のコード番号は、別表コード表（6頁）を見て記入すること。
- ・鹿児島市保健所に申請するため、申請書の住所は、必ず鹿児島市内の住所を記入すること。  
（大学病院の住所でも可：鹿児島市桜ヶ丘8-35-1）
- ・申請書の中央余白に捨印を押すこと。
- ・申請書を紛失、汚損した場合は、各自、保健所からもらうこと。

・氏 . . . . . 戸籍の筆頭者の文字  
・名 . . . . . 本人の戸籍上の文字

② **収入印紙（登録免許税）** . . . . . **60,000円**（5頁右上参照）

- ・郵便局などの販売所で購入できます。
- ・①の医師免許申請書の「収入印紙欄」に左詰めで、所定の枠内に1枚ずつ貼付すること。

・収入印紙は、3枚以内にする。  
例) 2万円 . . . 3枚, 3万円 . . . 2枚, 6万円 . . . 1枚

③ **診断書（医師免許申請書の2枚目に添付のもの）**（7頁参照）

- ・国公立病院、民間病院、保健所及び本学の保健管理センターなどの医療機関で受診。
- ・**発行日から1ヶ月以内のもの**（3月1日以降の診断月日であることが望ましい）。

・診断書の氏名も戸籍と同じ文字で記入すること。  
・訂正箇所がある場合は、診断した医師の訂正印が押印されていること。  
・病院等の名称と所在地は、それぞれの欄内に記入していること。

④ **登録済証明書用郵便はがき** . . . . . **1枚**（8頁参照）

- ・厚生労働省が配布したはがきを使用すること。
- ・**353円分**の切手を貼ること。（事務処理上速達扱い）
- ・はがきの宛先住所氏名は、下記のとおり記入すること（一括して同時期に受け取るため）。  
（すでに宛名を自分の住所にしている人は、＝線で訂正し書き直すこと。）
- ・登録済証明書の裏面の氏名も戸籍抄本のとおり記入すること。

〒890-8520  
鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号  
鹿児島大学病院 総務課 臨床研修係 気付  
研修歯科医 ○ ○ ○ ○ 殿  
（○印は、申請者本人の氏名記入）  
※必ず**研修歯科医**と記入して下さい

⑤ **戸籍抄（謄）本** . . . . . **1通**

- ・本籍地の市区町村の役所（役場）で発行
- ・発行日から6ヶ月以内のもの（令和2年10月1日以降発行のものが望ましい）。
- ・**受験願書提出後**、婚姻等により戸籍に変更があれば新しい戸籍抄本を添付すること。

## 罰金以上の刑に処されたことがある場合

罰金以上の刑に処されたことの有無について、有に○を付した場合、次の(a)～(c)の書類を添付すること

- (a) 罰金以上の刑にかかる判決謄本または略式命令書（紛失した場合は再発行して提出すること）
- (b) 罰金刑については当該罰金にかかる領収証書（紛失した場合は支払った旨の申述書を提出すること）
- (c) 反省文

（注）次の場合は、上記書類の添付及び申請書への記載は要しない

### 1) 消滅した刑の場合（下記参照）

主な刑の消滅事由

- ・禁固以上の刑の執行を終わり、またはその執行を免除された者が、罰金以上の刑に処せられないで10年を経過したとき
- ・罰金以下の刑の執行を終わり、またはその執行が免除された者が、罰金以上の刑に処せられないで5年を経過したとき
- ・刑の免除の言渡しを受けた者が、言渡しが確定した後、罰金以上の刑に処せられないで2年を経過したとき
- ・刑の執行猶予の言渡しを取り消されることなく猶予期間を経過したとき

### 2) 交通反則告知書（いわゆる青切符）による反則金の納付の場合（罰金刑ではない）

記入例

全て黒色のボールペンで記入してください。

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

※左詰めで行内に貼付

## 歯科医師免許申請書

受験地コードは別紙にて正確に記入

平成	3	年	1	月	施行	第	1	1	4	回	歯科医師国家試験合格	受験地	福岡県	受験番号	X	X	X	X
----	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	------------	-----	-----	------	---	---	---	---

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

数字は必ず右側に詰めて記入

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・**無**
- 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・**無**
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・**無**
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・**無**

上記により、歯科医師免許を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本籍(国籍)	鹿児島都道府県
--------	---------

※鹿児島市内に住所のある方は、その住所を記入  
住所がない方は「鹿児島市桜ヶ丘8-35-1」を記入すること

住所	〒000-XXXX 鹿児島都道府県 鹿児島市桜ヶ丘△丁目○番地□号
----	--------------------------------------

電話	090 (1234) 5678 ← 携帯の番号を記入
----	----------------------------

ふりがな	(氏) たかさき	(名) はまこ
氏名 (裏面II(4)参照)	高崎	濱子
	(旧姓)	
通称名 (裏面II(5)参照)		

性別	男
	<b>女</b>

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	7	年	4	月	23	日
------	----------------------	---	---	---	---	----	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

## 〈受験地コード番号〉

新規免許申請書の「受験地コード」は下記より該当する番号を記入してください。

記

北海道	01	新潟県	05	広島県	09	沖縄県	13
青森県	02	愛知県	06	香川県	10		
宮城県	03	石川県	07	福岡県	11		
東京都	04	大阪府	08	熊本県	12		

記入例

診 断 書

氏 名	高崎 濱子			性 別	男	女
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	7 年	4 月	23 日	年 齡	25 才
上記の者について、下記のとおり診断します。						↓ 診断時の年齢
<p>1. 視覚機能 目が見えない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>2. 聴覚機能 耳が聞こえない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>3. 音声・言語機能 口がきけない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>4. 精神機能 精神機能の障害      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒    <input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> あり</p>						
診 断 年 月 日		令和 3 年 3 月 7 日				
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	鹿児島大学病院				
	所在地	〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号		TEL 099-275-5111 ※電話番号も必ず記入		
	診療科	000 科	氏 名	医師名		

※1~5までの診断項目は、必ずどちらかの□にチェック☑をしてもらうこと

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。

※本様式は、**歯科医師**免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。

※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、  
該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載して下さい



(表)

353円分  
(63円+290円)の  
切手を貼ること  
(速達扱い)

切手をはって  
下さい

8 9 0 8 5 2 0

高 崎 濱 子 殿

鹿児島大学病院  
総務課臨床研修係 気付  
研修歯科医

鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号

名前は戸籍抄本どおりの  
文字を記入すること

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2  
厚生労働省医政局医事課試験免許室免許登録係

(裏)

### 登 録 済 証 明 書

氏 名	高 崎 濱 子	
登 録 番 号	第	号
登 録 年 月 日		

上記のとおり **歯科医籍** に登録されたことを証明する。

厚生労働省  
医政局長

(備 考)

- この登録済証明書は、就職等諸手続の際、免許証が手元に届くまでの間、暫定的に使用するためのものであり、**証明の有効期限は、証明日から2か月間**である。  
なお、この証明書は、再交付しないので取扱いについては十分注意すること。
- 免許証が手元に届いた際には、必ず就職先等へ呈示すること。**
- 歯科医師法の規定により、2年ごとの年末 (**今回は令和4年**) における氏名、住所等の事項を翌年の1月15日までに、保健所を経由して厚生労働大臣に届け出なければならないこととされているので留意すること。

## 令和3年度研修歯科医予定の皆さんへ

### 1. 令和3年度研修歯科医ガイダンス（予定）

期 日：4月1日(木)・2日(金)・5日(月)

集合場所及び受付時間：※後日お知らせいたします。

4月1日(木)：新規採用者ガイダンス

4月2日(金)：研修歯科医ガイダンス

4月5日(月)：研修歯科医ガイダンス

#### \*写真撮影

4月2日(金)は、診療衣を着て写真撮影(職員証用)を行いますので、  
診療衣(ケーシータイプ)を持参してください。

### 2. 研修開始に向けて

#### 1) AおよびBプログラムにおける研修診療科の希望調査

4月2日(金)ガイダンスで各診療科での研修について説明があります。  
その後、最終希望調査を行いますので、予め検討しておいてください。

#### 2) 基礎研修および患者診療 4月6日(火)～

(各自で準備しておくもの)

診療衣(白色、ケーシータイプと長袖白衣を着用、襟なし不可)

診療用靴(白色、スリッパ・ヒール・紐靴・スポーツシューズなど不可、商品案内あり)

ゴーグル(購入案内あり)

技工道具、その他学部実習等で使用した器具類(手持ちの範囲で可)

### 3. 注意事項

令和3年1月15日付け鹿児島大学長通知により、鹿児島大学の学生、教職員は、不要不急の出張、旅行、帰省等は強く自粛を要請されています。また、緊急事態宣言発令地域および鹿児島県より往来の自粛が要請されている地域(熊本県、宮崎県、沖縄県)への教職員の出張は禁止されています。

これらに伴い、新規採用予定者に皆さんには、採用日までの2か月間、海外への渡航を禁止するとともに、上記地域への不要不急の移動は強く自粛を要請します。また、4月1日(水)から出勤していただくために、鹿児島県外から移住される方は、可能な限り14日前の3月18日(木)には鹿児島に来ていただき、2週間の健康観察期間を設けて頂くようお願いいたします。鹿児島到着後2週間に満たない場合、また体調や新型コロナウイルスの感染状況によって、は4月1日(水)からの研修が始められない事態となりますので、慎重な行動をお願いいたします。

なお、これらの状況は随時変更される可能性がありますので、本院歯科医師臨床研修のHPをご覧ください、最新の情報を確認するようよろしくお願いいたします。

令和3年1月18日

病院教職員 各位

病 院 長

新型コロナウイルス感染症の早期探知・伝播防止のための  
職員への対応について（第16報）

平素から感染対策へのご協力感謝申し上げます。1月14日に第15報を通知しておりますが、令和3年1月15日の学長通知を受け、赤字部分を追記、変更いたしますのでご協力ください。なお、発熱、体調不良、渡航歴・国内移動歴の申告をしても、プライバシーは完全に保たれ、今後の勤務で不利に扱われることはありません。

- 各自出勤前に体温を計測し、37.5℃以上の発熱がある場合は出勤しないでください。解熱後2日経過するまでは自宅待機をお願いします。
- 咳・咽頭痛など呼吸器症状のある場合は可能な限り出勤を控え、やむをえず出勤する場合はサージカルマスクを着用してください。
- 出勤時に体温・体調・旅行先（国内、国外とも）についてリスクマネージャーに報告してください。
- 同一部署で1週間以内に2名以上の職員に発熱（37.5℃以上）がみられる場合は、リスクマネージャーは感染制御部にご連絡ください。
- 職員が新型コロナウイルス感染症患者と接触した場合は、リスクマネージャーは感染制御部へ報告をお願いします。感染制御部では曝露リスクの評価を行い、保健所にも相談の上、就業制限の必要性を判断します。
- 新型コロナウイルスPCR検査を受ける場合は、速やかにリスクマネージャーに報告し、リスクマネージャーは感染制御部および総務課労務管理係にご連絡ください。
- 家族が、鹿児島県外に居住等している場合は、家族がlevel3の流行地域から自宅に帰省等し、同居することとなった場合は、リスクマネージャーに報告の上、14日間は感染の可能性のあることを前提に手指衛生等を徹底し、家庭内での感染防止に努めてください。勤務中はマスクを着用し、体調に異常を感じた場合には、直ちに所属部署のリスクマネージャーにご連絡ください。
- 不要不急の海外渡航は原則禁止します。やむを得ず海外渡航した後は、帰国後14日間は自宅待機してください。

国内移動は、level3の流行地域への移動は可能な限り必要最小限とし、自粛してください。（令和3年1月8日の学長通知に伴い、緊急事態宣言発令地域（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県）及び準ずる地域、鹿児島県より往來の自粛が要請されている地域（熊本県、宮崎県、沖縄県）への出張は、当面の間禁止となります。）

その他の国内移動も流行地域を確認いただき、出張・私事を問わず、慎重にお願いします。

やむを得ず移動を必要とする場合は、以下の対応をお願いします。

- ・出張や研修の移動は、流行地域を確認の上、所属長の許可を得る。
- ・私事の移動は、流行地域を確認の上、必要に応じて事前に所属長に相談する。
- ・移動時も、毎日検温、三密を避け、マスク着用、手指衛生等を徹底する。

- ・ 県外へ移動した場合は、勤務開始時にリスクマネージャーに報告の上、14日間は体調管理に注意し、検温とマスク着用、手指消毒を徹底の上、勤務する。

●新規採用者については、赴任時に以下の症状がある場合や、国外から移動してきた場合は自宅待機させてください。

- ・ 発熱時
- ・ 咳や咽頭痛などの呼吸器症状や倦怠感がある場合
- ・ 海外渡航帰国後14日間

問い合わせ：

- ・ 感染対策に関すること  
感染制御部（医務課医療安全管理係） 内線 5708（6847）
- ・ 職員の健康管理、休暇、海外渡航、出張等に関すること  
総務課労務管理係 内線 6695

## ゴーグル予約申し込み

ゴーグルをお持ちでない方は、下記の5種類を準備しております。

申し込み希望の方は、下記に記入の上、3月5日（金）までに臨床研修係へご提出ください。

お申込みいただいた方は、4月2日（金）の研修歯科医ガイダンスにて料金をお支払いいただき、商品をお渡しいたします。

お名前	品番	連絡先	備考

品番	商品名	価格(税込み)	備考
1	ウベックス VD-201F (スモークグリーン・曇り止め加工)	2,100	
2	ウベックス VS-101F (ライトグリーン・曇り止め加工)	2,000	
3	ウベックス MP-822 (グリーンorブルーorレッド・曇り止め加工)	1,000	3色の中からカラーをお選びください。 ※備考欄にカラーを記入すること。
4	ウベックス VS-301F (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)	2,000	
5	ウベックス X-9195 (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)	3,000	

①ウベックス VD-201F (スモークグリーン・曇り止め加工) ￥



②ウベックス VS-101F (グリーン・曇り止め加工)



③ウベックス MP-822 (グリーンorブルーorレッド・曇り止め加工)



④ウベックス VS-301F (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)



⑤ウベックス X-9195 (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)



# ドクターシューズをご購入予定の皆さんへ

女性用



188-36

【定価】 4,290 円 (税込)

【生協価格】 3,640 円 (税込)

【対象】 女性用

【型番】 KAZEN188-36

【サイズ】 21.5 cm~26.0 cm

【ウィズ】 3E

男性用



188-15

【定価】 4,840 円 (税込)

【生協価格】 4,110 円 (税込)

【対象】 男性用

【型番】 KAZEN188-15

【サイズ】 24.0 cm~29.0 cm

【ウィズ】 3E

※購入予定の方は、鹿児島大学生協 桜ヶ丘店 (2 階) にて、各自注文  
をお願いいたします。(注文後届くまで1週間~10日かかります。)

連絡先：099-265-4339 (鹿児島大学生生活協同組合桜ヶ丘店)

鹿児島大学病院の臨床研修プログラムでは、DEBUT(デビュー:オンライン歯科臨床研修評価システム)を利用して、研修歯科医の評価・プログラム管理を行います。その利用のためには、UMIN のアカウント(UMIN ID)が必要です。

DEBUT(オンライン歯科臨床研修評価システム) <http://debut.umin.ac.jp/>

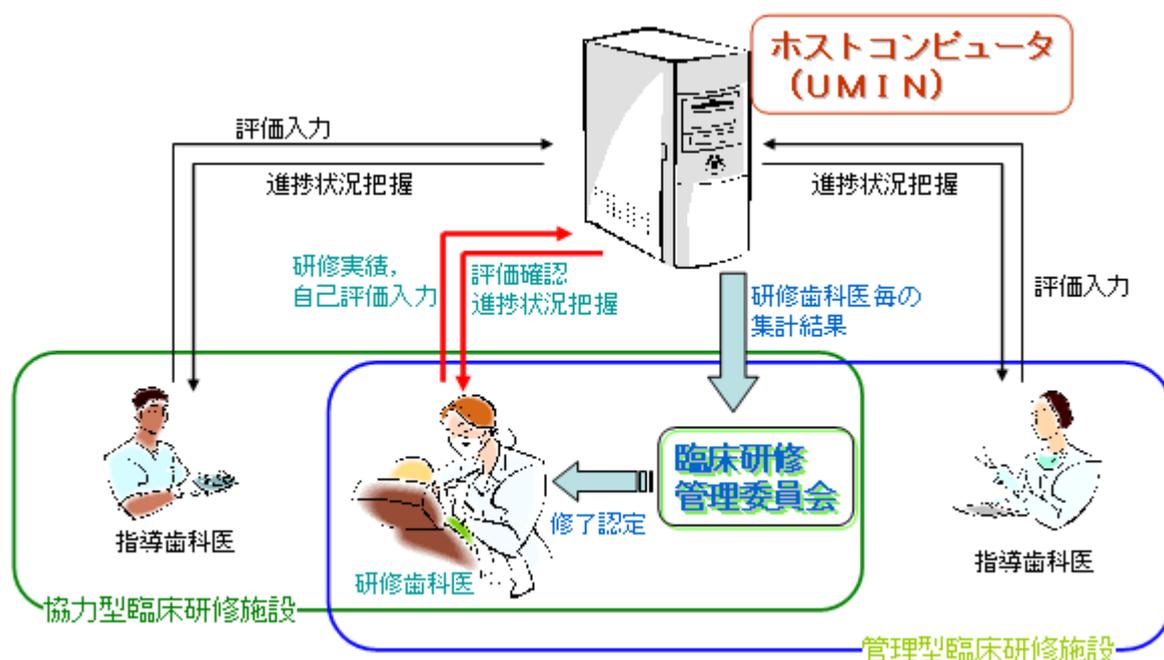
UMIN(大学病院医療情報ネットワーク) <http://debut.umin.ac.jp>

### ● DEBUT とは :

平成18年度からの歯科医師臨床研修必修化に向けた重要な取り組みの1つとして開発しようと試みている研修評価システムをいう。

このシステムの開発に向けての基本方針として、厚生労働省が定めた到達目標を基本に、臨床研修の評価を正確かつ効率よく行い、国民に対して説明責任を果たし、常に本研修自体の充実化を図る歯科医師臨床研修体制の確立を目指すものである。

### ● DEBUT システムの概要 :



### ● DEBUT システムの特長 :

- ・ インターネット接続環境があればどこでも使用出来ることから、汎用性に優れている。
- ・ 研修プログラムごとに評価項目のカスタマイズが可能である。

- ・ 複合型臨床研修施設群内において、共通の項目にて研修評価が可能である。
- ・ 研修歯科医、指導歯科医の双方において、研修進捗状況の実態が効率的な把握でき、研修体制の管理が可能である。
- ・ 臨床研修における最終評価のための根拠となるデータは 研修施設ごとの裁量で提示が可能である。
- ・ 研修歯科医と指導歯科医から、双方向で臨床研修プログラムに関するフィードバックが可能である。

---

#### 🌐 DEBUT システム導入により期待できる効果 :

- ・ 歯科医師臨床研修の評価に対し、参加した研修施設の共通のシステムとして利用できることから、国民への説明責任を果たすことができる。
- ・ 本研修評価システムの導入により、歯科医師臨床研修カリキュラムにおける目標、方略、評価の三要素が完成し、臨床研修の質の向上が期待できる。
- ・ 研修歯科医と指導歯科医からの研修プログラムに対する双方向の評価（フィードバックシステム）を活用することによって、より良い研修プログラムの策定など臨床研修体制の改善に向けて期待できる。

DEBUT UMIN ID 取得についてのアンケート

名前 \_\_\_\_\_

- 1. UMIN IDを取得していますか。  
 ( ) 取得しています。 → 質問2にお答えください。  
 ( ) 取得していません。 → 質問3にお答えください。  
 ※該当する( )に○をしてください

2. 【取得している場合】 UMIN ID を記入してください。

UMIN ID
---------

3. 【取得していない場合】 氏名と生年月日を記入してください。  
 ※こちらからDEBUT当局へID登録申請を行います。

ふりがな				
氏名	_____			
生年月日	西暦	年	月	日

※氏名には、必ずふりがなをお願いします。

\*\*\*\*\*

提出期限：令和3年3月5日(金)

※取得している場合、UMIN ID・PWD の書かれた紙の写しを一部添付してください。

なお、お預かりした情報(ID・PWD)は研修開始後、皆さんがIDを紛失された場合の情報提供にのみ使用いたします。

もし、臨床研修係での管理を希望されない場合は、この用紙にその旨記載の上、提出してください。

※所属大学でこれから取得する予定(一括登録)の方・現在申請中の方は、この用紙にその旨記載いただき、お手元にIDが届き次第、写しを一部送付ください。

(提出先) 〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 鹿児島大学病院 総務課臨床研修係 吉留、加古 TEL：099-(275)-6720,6888 FAX：099-(275)-6846 E-mail：rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp
--