

公衆衛生医師確保推進登録事業について（案）

地域保健の推進においては、保健所が重要な役割を果たしており、その機能を十分に発揮するためには、公衆衛生医師の確保が重要ですが、一部の地方公共団体においてはその確保の困難な状況が見受けられます。

このため、厚生労働省としましては、保健所等において、公衆衛生に従事する医師の確保推進を図るため、「公衆衛生医師確保推進登録事業」を行うこととしました。

この「公衆衛生医師確保推進登録事業」は、保健所等において公衆衛生に従事することを希望する医師（以下「希望医師」という。）の情報及び保健所等において公衆衛生に従事する医師を必要とする地方公共団体（以下「登録自治体」という。）の情報をそれぞれ登録していただき、希望医師及び登録自治体に対して、希望条件に合致する登録自治体及び希望医師についての情報提供を行うものです。

登録にあたりましては、以下の手続きで行って下さい。

- ① 希望医師の登録手続き
 - ・ まずはじめに、「公衆衛生医師確保登録参加規約（以下「参加規約」という。）」に同意のうえ、登録手続きをお願いします。
 - ・ 次に「公衆衛生医師希望登録票（希望医師登録票）」をダウンロードし、参加規約により厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室（以下「推進室」という。）へFAX又は郵送にてご送付願います。
- ② 登録自治体の登録手続
 - ・ まずはじめに、「公衆衛生医師確保登録参加規約」に同意のうえ、登録手続きをお願いします。
 - ・ 次に「自治体医師募集登録票（自治体登録票）」をダウンロードし、参加規約により推進室へFAX又は郵送にてご送付願います。

問い合わせ先

厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室
電話 03-5253-1111 内線 2335

【公衆衛生医師確保推進登録事業のイメージ】

【公衆衛生医師確保登録参加規約】

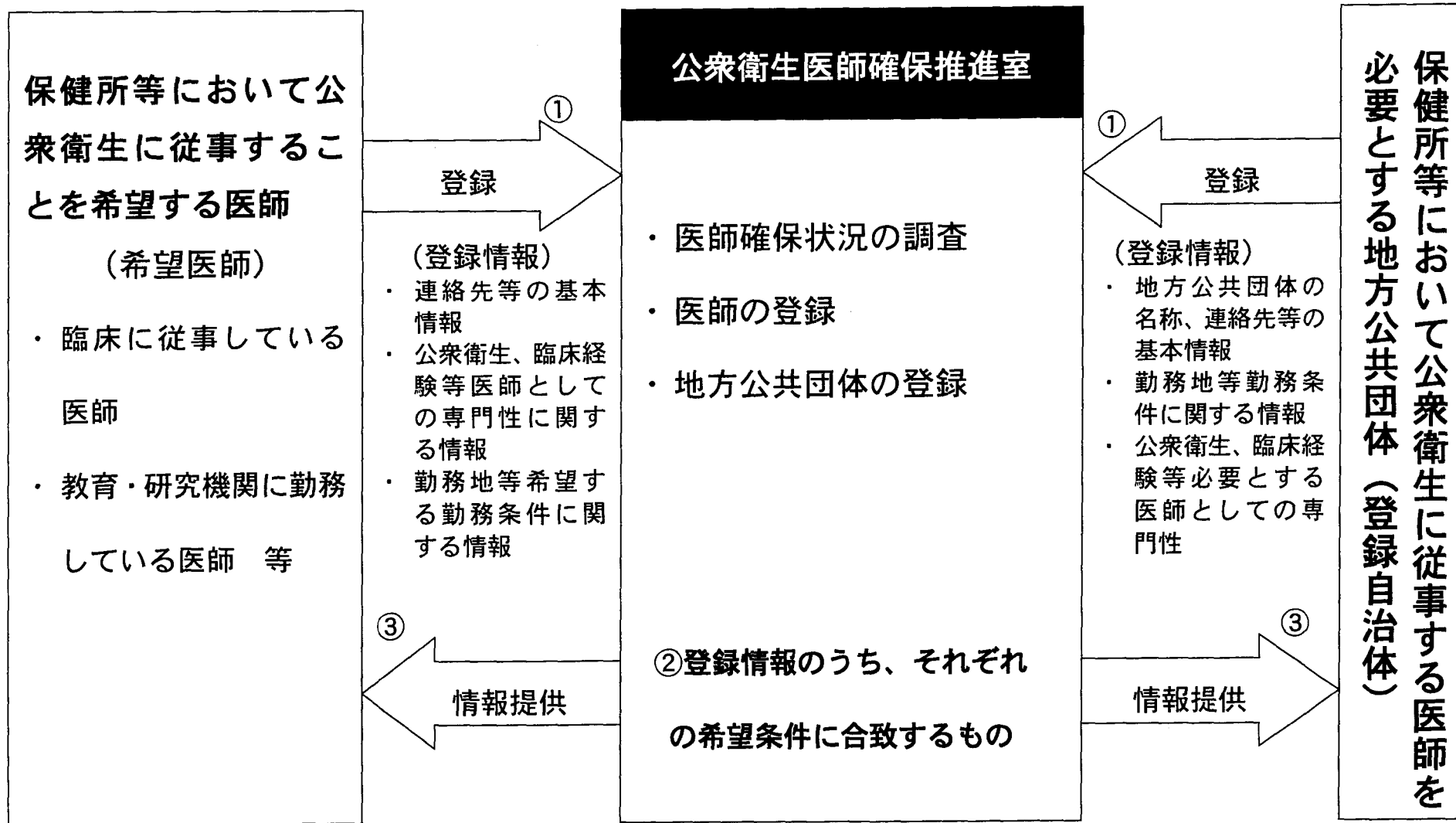
【公衆衛生医師希望登録票（希望医師票）】

【自治体医師募集登録票（自治体登録票）】

【登録自治体（各都道府県）の募集状況】

【希望医師登録状況（都道府県別）】

公衆衛生医師確保推進登録事業のイメージ



公衆衛生医師確保登録参加規約（案）

16.6.9 17:00

（希望医師用）	（登録自治体用）
<p>地方公共団体の保健所等において公衆衛生行政に従事することを希望する医師（以下「希望医師」という。）は、厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室（以下「推進室」という。）が実施する公衆衛生医師確保登録事業への参加にあたって、推進室が希望医師と公衆衛生行政に従事する医師を必要とする地方公共団体（以下「登録自治体」という。）から提供を受けた登録情報の中から、希望条件に合致するものを登録自治体及び希望医師に対して情報提供を行うものであることを理解し、下記の規約事項を遵守することに同意した上で参加いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>規約事項 （登録方法）</p> <p>1 希望医師は、次の手順で登録事項を推進室に登録する。</p> <p>① 厚生労働省ホームページに掲載されている公衆衛生医師希望登録票（以下「希望医師登録票」という。）を用いて必要事項を記載すること。</p> <p>② ①で記載した希望医師登録票は、個人情報保護の観点から、当該ホームページを用いて送付せずに、郵送又はFAXで推進室に送付すること。</p> <p>③ 送付先等は以下のとおりとする。</p>	<p>公衆衛生行政に従事する医師を必要とする地方公共団体（以下「登録自治体」という。）は、厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室（以下「推進室」という。）が実施する公衆衛生医師確保登録事業への参加にあたって、推進室が登録自治体と保健所等において公衆衛生行政に従事することを希望する医師（以下「希望医師」という。）から提供を受けた登録情報の中から、希望条件に合致するものを登録自治体及び希望医師に対して情報提供を行うものであることを理解し、下記の規約事項を遵守することに同意した上で参加いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>規約事項 （登録方法）</p> <p>1 登録自治体は、次の手順で登録事項を推進室に登録する。</p> <p>① 厚生労働省ホームページに掲載されている自治体医師募集登録票（以下「自治体登録票」という。）を用いて必要事項を記載すること。</p> <p>② ①で記載した登録票は、郵送又はFAXで推進室に送付すること。</p> <p>③ 送付先等は以下のとおりとする。</p>

〒 100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室

F A X 03-3503-8563

(登録情報の提供)

2 推進室は、希望医師情報を個人が特定できないよう必要な措置を講じ、厚生労働省ホームページに掲載すること等により情報提供を行う。

3 推進室は、希望医師情報と登録自治体情報のうち以下に掲げる項目に係る希望条件に合致するものについて、当該登録自治体に希望医師情報のすべてを提供する。

① 希望医師情報

自治体登録票の「2.勤務条件等」及び「3.期待される資質等の要望」に掲げる項目

② 登録自治体情報

希望医師登録票の「1.勤務条件：希望項目」のうち優先順位の高い3項目及び「2.免許・資格、職歴などの項目」に掲げる項目

(希望医師の連絡)

4 希望医師は、登録自治体に連絡をする場合又はした場合は、推進室にその旨の連絡をすること。

5 希望医師は、登録自治体との調整結果を推進室に連絡すること。

〒 100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生労働省健康局総務課公衆衛生医師確保推進室

F A X 03-3503-8563

(登録情報の提供)

2 推進室は、登録自治体情報を厚生労働省ホームページに掲載すること等により情報提供を行う。

3 推進室は、希望医師情報と登録自治体情報のうち以下に掲げる項目に係る希望条件に合致するものについて、当該希望医師に登録自治体情報のすべてを提供する。

① 登録自治体情報

希望医師登録票の「1.勤務条件：希望項目」のうち優先順位の高い3項目及び「2.免許・資格、職歴などの項目」に掲げる項目

② 希望医師情報

自治体登録票の「2.勤務条件等」及び「3.期待される資質等の要望」に掲げる項目

(登録自治体の連絡)

4 登録自治体は、希望医師に連絡をする場合又はした場合は、あらかじめ推進室にその旨の連絡をすること。

5 登録自治体は、希望医師との調整結果を推進室に連絡すること。

6 希望医師は、希望医師登録票に変更があった場合には、速やかに推進室に連絡すること。

(規約の変更)

7 推進室は本規約の変更について、その施行の1か月前に変更内容を厚生労働省のホームページ上で公表するものとする。

6 登録自治体は、登録内容に変更があった場合には、速やかに推進室に連絡すること。

(個人情報の保護)

7 登録自治体は、希望医師又は推進室より提供された個人情報については、関係法令等を遵守し、適切に保護を図ること。

(規約の変更)

8 推進室は本規約の変更について、その施行の1か月前に変更内容を厚生労働省のホームページ上で公表するものとする。

1. 勤務条件:希望項目(必須)

以下の項目(希望勤務地～兼業)について、優先順位1位から3位をつけて、1から3を記入して下さい

↓ 以下の該当する番号に○、あるいは記入してください。

希望勤務地	都道府県名:	政令市名:
	希望場所:	1. 保健所 2. 本庁 3. 地方衛生研究所
	希望地域:	1. 都市部 2. 農村部 3. 過疎地
	その他希望:	
希望勤務時期	平成 年 月頃	
希望年収(給与)	希望年収額: 万円	
採用時希望身分、役職	1. 主事 2. 管理職員(保健所長以外) 3. 保健所長 4. その他()	
転居	1. 可 2. 不可	
宿舍希望	1. あり 2. なし	
勤務後の学会、研修出席	1. 希望有り 2. なし	
大学教員・研究員との兼職	1. 希望有り 2. なし	

2. 免許・資格、職歴などの項目(必須)

免許・資格	医師免許取得年月日:	年 月 日
	医籍番号:	
	公衆衛生学修士(MPH等)取得	1. 取得 2. 取得なし
	1. 取得 (取得機関:国立保健医療科学院、その他())	
	国立保健医療科学院・旧国立公衆衛生院の専門課程(平成15年度まで)	1. 修了 2. なし
国立保健医療科学院の専門課程I(平成16年度以降)	1. 修了 2. なし	
その他:		
職歴	臨床経験	年 専攻診療科
	公衆衛生医師経験	(保健所) 年
		(本庁) 年
	大学における公衆衛生分野(たとえば、公衆衛生学、衛生学)での職歴	年
	公衆衛生分野での研究機関(たとえば、国立保健医療科学院、国立感染症研究所)	年
地方衛生研究所での職歴	年	
所属学会	1. 日本公衆衛生学会 2. その他()	
その他	各種委員会委員長等の管理職的経験 () 年 (たとえば、病院内における安全管理委員会、倫理委員会、研修管理委員会など)	

3. 個人情報(必須)

氏名	
フリガナ	
生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 (満 歳)
現住所	郵便番号
	都・道・府・県 市・区 町・村
電話(自宅)	※半角英数字
E-Mail	※半角英数字
現在の勤務先	郵便番号
勤務先電話(内線)	内線() ※半角英数字

4. 希望する理由・その他の希望事項(任意)

<p>公衆衛生医師を目指す理由</p>	
<p>その他の希望事項等、自由にお書きください。</p>	

1. 応募時期・方法などの事項(必須)

募集自治体	地方公共団体名:
採用時期	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
募集人数	
応募資格等	年齢: 歳から 歳まで、臨床経験 年
応募方法(提出書類)	履歴書: (書式の有無:) 健康診断書: (書式の有無:)
	医師免許の写し: (注意事項:)
	小論文の事前提出: テーマ: 文字数:
	その他:
選考試験	面接: 小論文: (時間: 文字数:) 筆記試験: (内容:)

2. 勤務条件等(必須)

希望場所(複数回答可)	地方公共団体名:
	赴任場所: 1. 保健所 2. 本庁 3. 地方衛生研究所
採用時身分、役職	
給与	年取額: 医歴5年: 万円。10年: 万円。15年: 万円。20年: 万円。25年: 万円。
勤務時間、休日、休暇	
福利厚生	宿舍: 1. あり 2. なし
勤務後の学会、研修出席(その際の旅費)	1. 可能 2. 不可能
大学教員・研究員との兼職	1. 可能 2. 不可能

3. 期待される資質等の要望(必須)

医師に期待される資質等の要望	1. 公衆衛生学修士(MPH等)取得 2. 専門課程(国立保健医療科学院:旧国立公衆衛生院)修了 3. その他:
医師に期待される職歴等の要望	1. 公衆衛生医師経験(行政機関)あり 2. 大学における公衆衛生分野(たとえば、公衆衛生学、衛生学)での職歴あり 3. 公衆衛生分野での研究機関(たとえば、国立保健医療科学院、国立感染症研究所等)での職歴あり 4. 地方衛生研究所での職歴あり 5. その他:

4. 連絡・問い合わせ先(必須)

所在地	郵便番号
	都・道・府・県 市・町
電話(内線)	内線() ※半角英数字
E-Mail	※半角英数字
担当者名	
ホームページURL(募集案内)	

<付加的項目>

5. 業務内容(任意)

保健所組織の説明	
保健所における医師の役割	
医師がかかわる保健所の主な業務	例、健康相談、感染症予防、母子保健、精神保健、難病対策 保健所を中心とした
自治体として具体的にピーアールできる公衆衛生活動例	

6. 公衆衛生(保健所)医師の活動状況(任意)

現在勤務している公衆衛生医師の構成(役職、人数、年齢等)	
主な各種研修の実施状況(人数)	国立保健医療科学院での専門課程、地域保健医療分野での臨床研修指導医養成研修等
各種学会での発表状況	学会名、報告数、できれば課題名も