

令和 6 年 10 月 7 日

各国公私立医科大学長 殿
各国公私立大学医学部長 殿
各 関 係 機 関 の 長 殿

愛知県がんセンター
病院長 山本 一 仁
(公印省略)

愛知県がんセンター形成外科部長の公募について (依頼)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、愛知県がんセンターにおきましては、令和 6 年 12 月末日をもちまして形成外科部長が退職することになりました。形成外科部は、愛知県のみならず、県外より多数の患者さんのご紹介を頂き、長年にわたり全国有数の診療実績・手術数を上げて参りました。引き続き、形成外科部における診療・研究の継続、発展と優秀な人材の育成、さらに国内外の他機関との連携に積極的な人材を求め、形成外科学、なかでも再建外科に深い造詣があり、形成外科専門医を有する後任の部長を公募することと致しました。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮に存じますが、貴施設に適任者がおられましたら、別紙要綱により必要書類(書類は愛知県がんセンターのホームページよりダウンロード可能)を添えて、令和 6 年 11 月 29 日(金)(必着)までにご推薦くださいますようお願い申し上げます。

敬白

照会先：愛知県がんセンター

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿 1-1 院長室

TEL:052-762-6111 FAX:052-751-6948 (直通)

E-mail : director@aichi-cc.jp

形成外科部長候補者応募に必要な書類

1. 提出書類

① 推薦状(様式任意) 1部

② 履歴書(別紙様式) 1部

*同様な様式であれば Word、Excel 等により作成されたもので差し支えありません。

*生年月日、学歴、職歴等は西暦で記載してください。

③ 部長としての所信(形式任意)

④ 業績目録(別紙様式 4) 1部 (投稿中の論文で掲載証明のないものは除く)

様式 4-1. 原著論文

※主要論文(10編程度)の別冊を1部ずつ添付してください。

様式 4-2. 総説

様式 4-3. 著書

様式 4-4. インパクトファクターと引用回数の集計

※最近約5年間(2019年4月1日から2024年9月30日)と過去全部の論文のインパクトファクター(IF)、Citation index (CI) も算定してください。尚、IFとCIの算定には、Clarivate Analytics 社による最新版に基づき、Web of Science を用いて算出してください。

様式 4-5. シンポジウムなどの講演

※シンポジウムなどの講演(国際学会、特別講演、シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップなどの特別演題、期間は同上の最近約5年間)

様式 4-6. 競争的研究資金の獲得状況

※2014年4月1日から2024年9月30日までの約10年間に獲得した競争的研究費を、研究代表者とするものと研究分担者とするものに分け、新しいものから順に記載して下さい。研究者として配分を受けた直接経費のみ(研究分担者の場合は分担金のみ)記入して下さい。

様式 4-7. 代表的な原著論文3編の要旨

○同様な様式であれば Word、Excel 等により作成されたもので差し支えありません。

⑤ 診療実績(別紙様式 5) 1部

様式 5-1. 2021年4月1日から2024年9月30日までの最近約3年間の領域別(頭頸部領域、乳腺領域(一次、二次)、消化器外科領域、骨軟部領域など)、術式別(マイクロサージャリーを用いた再建、有茎皮弁、リンパ管静脈吻合術など)手術件数を術者・指導者に分けて記載してください。記載方法に関してはお任せします。

様式 5-2. 5-3. 2019年4月1日から2024年9月30日までの最近約5年間の治験、臨床試験の参加実績(研究責任者の場合は○印をつける)(様式 5-3、5-4)

※提出書類は、紙媒体と電子媒体(USBメモリやCD-ROM等)で提出してください。電子媒体には、Word形式またはExcel形式で保存してください。

※ご送付いただいた書類等はお返しいたしませんので予めご了承ください。当方で処分します。

2. 書類提出先

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1番1号

愛知県がんセンター 病院長 山本 一仁

(郵送の場合はレターパックまたは書留とし、表書きに「部長応募書類在中」と朱書き願います)

2. 提出期限：令和6年11月29日(金)必着

4. その他：必要書類は、下記 愛知県がんセンターのホームページよりダウンロードできます。

<https://cancer.c.pref.aichi.jp/site/folder4/1427.html>

履 歴 書

ふりがな 氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳)
現住所	〒		
現勤務先	〒		
連絡先	E-mail:	電話:	携帯:
学 歴 (大学卒業以降の学歴を記載のこと)			
西暦 年月	事 項		
免 許	医師免許証等	取得年月日 (西暦)	年 月 日
学 位	(大学)	取得年月日 (西暦)	年 月 日
職 歴			
西暦 年月	事 項		
所属学会および役員・専門医等			
西暦 年月	事 項		
西暦 年月	賞 罰		

上記のとおり相違ありません。

2024 年 月 日

氏名 (署名)

記 載 要 領

④業績目録

(1) 原著論文 (様式4-1)

査読のある学術誌に掲載された論文のみを英文、和文に分け、新しいものから順に記載して下さい。既に受理されて印刷中の論文を記載する場合は、受理を証明する文書を同封するか、D. O. I. を併記して下さい。著者名は、論文と同じ順に全員を記入し、本人の氏名にアンダーラインを付して下さい。但し、著者名数が30名を超える場合は、筆頭著者、最終著者を含む10名を記載し、括弧書きで著者数の総数および本人が何番目かを記載してください。代表論文10編を選び、巻頭に○をつけて下さい。選択した論文の別冊を各1部添付して下さい。また、corresponding authorに*の印を附記して下さい。必要に応じて、equal contribution等の附記を付けて下さい。右コラムにはClarivate Analytics (CA社) による最新版のものを利用したImpact factor点数を記入して下さい。引用回数についてはCA社 Web of Scienceにて算出して下さい。

(2) 総説 (様式4-2)

英文、和文に分けて、新しいものから順に記載して下さい。著者名は、論文と同じ順に全員を記入し、本人の氏名にアンダーラインを付して下さい。

(3) 著書 (様式4-3)

分担執筆の際は、分担項目が明らかになるように記載して下さい。

(4) インパクトファクターと引用回数の集計 (様式4-4)

インパクトファクターについてはClarivate Analytics (CA) 社による最新版のものを利用し、first, second, lastおよびその他それぞれのauthor欄に分けて合計点を記載して下さい。first authorとequal contributionである論文は、first authorに含めて下さい。引用回数については、合計はトータルと2019年以降の、2方法で算出して下さい。なお、Corresponding authorとなった論文については、独立した表に同様に記載して下さい。

(5) シンポジウムなどの講演 (様式4-5)

国内の全国規模の学会及び国際学会における特別講演、シンポジウム、ワークショップ等での講演を記載して下さい。一般演題の発表は記載しないで下さい。

(6) 競争的研究資金の獲得状況 (様式4-6)

これまでに獲得した競争的研究費を、研究代表者とするものと研究分担者とするものに分け、新しいものから順に記載して下さい。研究者として配分を受けた直接経費のみ記入して下さい。

(7) 代表的な原著論文3編の要旨 (様式4-7)

代表原著論文10編の中からさらに3編を選び、著者名、論文題目、誌名・巻・初頁～終頁・発行年、インパクトファクター、引用回数および日本語の要旨(400字以内)を記載して下さい。

※各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして下さい

※様式右上に(氏名)とある場合には本人氏名を、No.とある場合には通し番号を記載してください。

業績目録

(様式4-1) 原著論文

(氏名)

No.

番号	著者名（原則全員の氏名を掲載順に記載するが、30名を超える場合は10名を記載）、題目、誌名・巻（号）・初頁～終頁・発行年を、欧文と和文に分けて、新しいものから過去に遡って記載。本人の氏名にアンダーラインを付す。代表論文10編の巻頭に○を付ける。学位論文の巻末に【学位論文】と記入。英文原著のcorresponding authorに*を付ける。	Impact factor	引用回数
1.			

番号	著者名（全員の氏名を掲載順に記載する）、題目、誌名・巻（号）・初頁～終頁・発行年を、 欧文と和文に分けて、新しいものから過去に遡って記載。本人の氏名にアンダーラインを付 す。英文原著のcorresponding authorに*を付ける。	Impact factor	引用回数
1			

番号	著者名（全員の氏名を掲載順に記載する）、著書名、分担項目名、初頁～終頁、発行所、発行年を新しいものから過去に遡って記載。本人の氏名にアンダーラインを付す。
1	

(様式4-4) インパクト・ファクターおよび引用回数の集計 (氏名)

1) 全ての論文のインパクト・ファクターの集計:

(first authorとequal contributionである論文は、first authorに含めて下さい)

区分		合計	First author	Second author	Last author	その他 author
原著	トータル (論文数)	()	()	()	()	()
	2019年以降 (論文数)	()	()	()	()	()
総説	トータル (論文数)	()	()	()	()	()
	2019年以降 (論文数)	()	()	()	()	()

2) Corresponding authorとなった論文のインパクト・ファクターの集計

区分		Corresponding author
原著	トータル (論文数)	()
	2019年以降 (論文数)	()
総説	トータル (論文数)	()
	2019年以降 (論文数)	()

3) 全ての論文の引用回数の集計:

(first authorとequal contributionである論文は、first authorに含めて下さい)

区分		合計	First author	Second author	Last author	その他 author
原著	トータル (論文数)	()	()	()	()	()
	2019年以降 (論文数)	()	()	()	()	()
総説	トータル (論文数)	()	()	()	()	()
	2019年以降 (論文数)	()	()	()	()	()

4) Corresponding authorとなった論文の引用回数の集計

区分		Corresponding author
原著	トータル (論文数)	()
	2019年以降 (論文数)	()
総説	トータル (論文数)	()
	2019年以降 (論文数)	()

(様式4-5) 国内・国際学会での特別講演・シンポジウム・ワークショップ等での発表
(氏名)

No.

番号	発表者名、演題名、学会、特別講演・シンポジウム・ワークショップ等の別、都市名、発表年月を、新しいものから過去に遡って記載（過去5年）。本人の氏名にアンダーラインを付す。
1	

これまでに獲得した競争的研究費を、研究代表者として採択されたものと、研究分担者として採択されたものに分けて、新しいものから順に記載して下さい(過去10年)。

研究代表者として採択されたもの(金額を記入)

--

研究分担者として採択されたもの(代表者名と分担金が配分されたものは分担金額を記入)

--

注) 研究費名は、〇〇省科学研究費△△研究、〇〇省□□研究助成金、〇〇財団△△研究助成金等の種類別に記入し、研究分担者として採択されたものについては、研究代表者名と分担金が配分された場合には分担金額を記入すること。直接経費のみ記入すること。

(様式4-7) 代表3論文の要旨

(氏名)

番号 1	著者名（全員の氏名を掲載順に記載する）、題目、誌名・巻（号）・初頁～終頁・発行年を、本人の氏名にアンダーラインを付す。corresponding authorに*を付ける。	Impact factor	引用回数
	日本語要旨（400字以内）		
番号 2	著者名（全員の氏名を掲載順に記載する）、題目、誌名・巻（号）・初頁～終頁・発行年を、本人の氏名にアンダーラインを付す。corresponding authorに*を付ける。	Impact factor	引用回数
	日本語要旨（400字以内）		
番号 3	著者名（全員の氏名を掲載順に記載する）、題目、誌名・巻（号）・初頁～終頁・発行年を、本人の氏名にアンダーラインを付す。corresponding authorに*を付ける。	Impact factor	引用回数
	日本語要旨（400字以内）		

(様式 5-1) 診療実績一覧表(2021年4月1日~2024年9月30日)

(氏名)

領域	術式	件数(術者)	件数(指導者)
頭頸部領域	マイクロサージャリーを用いた再建		
	有茎皮弁		
	その他		
乳腺領域	自家組織再建(マイクロサージャリーを用いた再建)		
	自家組織再建(有茎皮弁による再建)		
	人工物再建		
	その他		
消化器外科領域	マイクロサージャリーを用いた再建		
	有茎皮弁による再建		
	その他		
骨軟部領域	マイクロサージャリーを用いた再建		
	有茎皮弁による再建		
	その他		
リンパ浮腫領域	リンパ管静脈吻合術		
	その他		

(様式 5-2) 治験実績 (2019 年 4 月 1 日～2024 年 9 月 30 日)

(氏 名)

		治験課題名	試験の相 I 相 I/II 相 II 相 III 相 等	試験期間 (西暦) 20XX 年～現在 または 20XX 年～20XX 年
治験責任医師	1			
	2			
	3			
治験分担医師	1			
	2			
	3			

(様式 5-3) 臨床試験実績 (2019年4月1日～2024年9月30日)

(氏名)

	試験課題名	役割 (研究代表者 研究事務局 施設研究責任者 分担研究者 等)	研究団体 (JCOG, WJOG, IALSG 等)	試験期間(西暦) 20XX年～現在 または 20XX年～20XX年
1				
2				