

経 歴 書

医師氏名

所属医療機関

年 月

卒業

年 月 日 医師免許証取得 (第

号)

期間	医療機関等	診療科名	勤務形態	研修名 又は職名	担当しようとする 医療分野経験年数	臨床	事務局記載欄
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	有 無	大学 一般

- 注意
1. 医師免許証取得年月日及び医籍登録番号を必ず記載すること。
 2. 担当しようとする障害分野に関係のある医療経験年数を必ず記載すること。
 3. 記載の際には、**従事した医療機関等の名称、診療科名、勤務形態（常勤・非常勤）、身分（職名）、臨床研修期間及び名称（初期臨床研修、後期臨床研修等）**を正確に記載すること。
 4. 上記のほかに担当しようとする障害分野がじん臓機能障害の場合には、人工透析に従事していた経歴及び月間件数、免疫機能障害の場合には、ヒト免疫不全ウイルス感染者に従事していた経歴を以下に必ず記載すること。

人工透析又はヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経歴（該当者のみ記載）

年 月から 年 月まで		人工透析の月間件数 件/月	年 月
年 月から 年 月まで		人工透析の月間件数 件/月	年 月

- ・ 所属学会（有・無）
（学会名）
- ・ 障害分野に関係する論文（有・無）
（論文名）

以上の記載に間違いはなく、申請に同意する。
*申請者が本人以外の場合に記入

自署欄 _____