経　　歴　　書

年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日　　（　　　　歳） | | | | | | | | |
| 現住所 | |  | | | | | | | | |
| 学歴 | 大　学 |  | | | | | 年　　月入学 | | | |
| 年　　月卒業 | | | |
| 大学院 | ※専門コースまで詳しく記入してくだい。 | | | | | 年　　月入学 | | | |
| 年　　月卒業 | | | |
| 医師免許  取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | 医籍登録番号 | | | 第　　　　　　　　号 | | |
| 学位 | | 年　　　月　　　日　　医学博士　・　博士（医学） | | | | | | | | 無 |
| 学会加入状況  ※主に診断しよう  とする障害種別  に関係する学会  を記入してくだ  さい。 | | 所属する学会名 | | | | 認定医・専門医等の資格 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 他自治体での  指定の有無 | | 有 | 都道府県市名 |  | | | | | 無 | | |
| 指定期間 | 年　　月　～　　　　　年　　月 | | | | |
| 指定を受けて  いた障害種別 |  | | | | |
| 診断しようと  する障害種別  に関する研究  や診療実績等 | | ※免疫機能障害の診断をしようとする場合は、エイズ治療拠点病院等でヒト免疫不全ウイルス感染患者の診療従事実績についても必ず記入してください。（期間、医療機関名、件数等） | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　　　歴 | | |
| 従事期間 | | 医療機関名・診療科名（専門分野）・身分等 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 自 | 年　　月 |  |
| 至 | 年　　月 |
| 合計従事年数 | | 年　　　月 |
| 経歴欄の記入について  ・欄が不足する場合は適宜追加していただくか、別紙に続きを記入してください。  ・従事期間、医療機関名・診療科名・身分（講師、助手、部長、医長等の職名）については、大学卒業後から現在に至るまで正確に記入してください。  ・診療科（特に内科、外科、小児科、産婦人科の場合）については、主として従事した分野（専門分野）まで記入してください。  ・岡山市以外の医療機関については、所在地（県市名）を明記してください。 | | |