

(様式3)

経歴書

1 履歴

フリガナ		生年月日	年 月 日
医師氏名			
現住所			
最終学歴		卒業年月	年 月
医師免許	年 月 日 取得(第 号)		
学位	年 月 日 取得	医学博士・博士(医学)	
現所属医院名		診療科名	
現役役職名		就任年月日	年 月 日
その他の履歴	(1) 加入学会		
	加入学会名(専門医・認定医)	加入年月日	専門医・認定医取得日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
(2) 研究内容			
発表年月日	学会発表の演題又は論文名		学会名又は雑誌名
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
学位論文			

※ 学会等で発表した論文名については、担当障害種別に關係する論文のみ記入してください。

2 経歴

(注 1) 勤務医療機関名・担当診療科名・身分等について、医師免許の取得から現在に至るまで、正確に記入してください。

(注2)担当しようとする障害種別に関係のある医療経験年数を必ず記入してください。

(注 3) 研修期間中にいくつかの診療科目を経験している場合は、期間も含めてそれぞれ記入してください（研修期間であることがわかるように明記してください）。

3 慢性透析療法の経験

従事期間	勤務医療機関名・臨床経験年数・実績件数
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件

(注) じん臓機能障害の指定を希望される医師のみ記入してください。

4 ヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事してした経験

従事期間	勤務医療機関名・医療経験年数
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月

(注) 免疫機能障害の指定を希望される医師のみ記入してください。

5 指定医師としての経験

有 都道府県市名 ()
 指定障害種別 ()
 指 定 期 間 (~)

無