

経 歴 書

(記載例)

医師氏名 神奈川 太郎 所属 〇〇病院 平成〇年 〇月 現在

経 歴

平成〇年 〇月 △△大学医学部 卒業  
平成△年 △月 △日 医師免許証取得 (第×××××号)

自平成〇年 ×月  
至平成×年 〇月 〇〇大学病院 初期臨床研修 〇年 ×月 (\*大学・一般)

自平成×年 ×月  
至平成△年 〇月 〇〇大学病院 後期臨床研修 内科 常勤 △年 ×月 (\*大学・一般)

自平成△年 ×月  
至平成★年 〇月 〇〇病院 内科 常勤 〇年 △月 (\*大学・一般)

自 年 月  
至 年 月 (\*大学・一般)

病院名、診療科、  
常勤・非常勤  
院長等の職があればその旨を記載  
ください。  
なお、研修期間の場合は、初期臨  
床研修、後期臨床研修、研修医等  
の内容を記載ください。

病院に在籍した期間を年月で記載  
ください。

年 月 (\*大学・一般)

年 月 (\*大学・一般)

年 月 (\*大学・一般)

年 月 (\*大学・一般)

自 年 月  
至 年 月 (\*大学・一般)

じん臓機能障害を申請する場合は  
人工透析に、免疫機能障害を申請  
する場合はヒト免疫不全ウイルス  
感染者に従事した経歴を必ず記載  
してください。

申請者が本人でない場合は、直筆  
で氏名を記載いただくか、押印を  
してください。

年 月 (\*大学・一般)

年 月 (\*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区分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. 右欄にある(\*大学・一般)は記載しない。
  5. 上記のほかに担当しようとする障害区分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、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)

自 年 月  
至 年 月 年 月

自 年 月  
至 年 月 年 月

以上の記載に間違いはなく、申請に同意する。  
\*申請者が本人でない場合に記載。

自署欄 神奈川 太郎