協力医師履歴書

（様式2-別添6）

（西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）  協力医師氏名 | ㊞ |
| 医籍登録年月日・登録番号 | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　（医籍登録番号　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 基本領域専門医  （取得している場合） | 専門医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号： |
| 生年月日　（年齢） | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（満　　　　　歳） |
| 所属施設 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 協力医師として参画する  施設および所属科名 |  |
| 参画施設における  職名・常勤/非常勤の別 |  |
| 非常勤の場合  本務先情報 | 本務先名　部署　職位  〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
|
| 学歴 | 大学　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　西暦　　　　　　　　年卒  　　　　　　　　　　大学院　　　　　　　　　学研究科　　　　　　　西暦　　　　　　　　年修了  学　位： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　歴 | 勤　　務　　施　　設 | 職名・常勤非常勤の別 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HBOCに関する研修歴  研修施設・指導（医）者氏名，  その他研修方法等 |  |

職歴は西暦で「○年○月～○年○月」と記入して下さい