履 歴 書 № １

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|               |  ふ り が な  氏 名 | 　 　　 | 印 |  写 真  貼 付  （パスポートサイズ 縦45㎜，横35㎜） |  |
|   |  |  |
|  （ 歳 か月）  |
|  |  |   |
|   |   | 改姓年月日 | 年 月 日 |
|  現 住 所 |     | 電 話 |   |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |
|  現 職  |  |
|  学 歴   |  |
|  免 許  |  |
|  学 位  |  博 士（ 年 月 日）（授与大学名： ） |
|  資 格 |  |
|   |  |
|  職 歴  |  |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

 履 歴 書 （氏名） № ２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|      |   |  |  |
|   |  |  |
|  賞 罰 |  |
|  臨　床　歴 | 勤 務 医 療 機 関 名（一 般 診 療）勤務医療機関名 |  期 間 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|     |  　年 月～ 年 月 年 か月 |
| 専　門　診　療（診療名・内容） | 勤 務 医 療 機 関 名 | 期 間 |
|   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|       |   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |  |
|   |  |  年 月～ 年 月 年 か月 |
|   医(歯)学部      |  授業科目： 週 時間 年～ 年 授業科目： 週 時間 年～ 年 授業科目： 週 時間 年～ 年 実 習： 週 時間 年～ 年 実習内容（ ） |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

 １．著 書 （氏名）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 番 号 | 著者名：題名．誌名．巻，初頁～終頁，年（西暦） |  |  |
|  |  |  |
|  |  |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

 ２．論 文 （氏名）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 番 号 | 著者名：題名．誌名．巻，初頁～終頁，年（西暦） | 掲載誌のCiteScore | 論文のｻｲﾃｰｼｮﾝ |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

 ３．（Ａ．国内学会，Ｂ．国際学会，Ｃ．外国学会の順に区分けし，それぞれについて 番号を付してください。）

 （氏名）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |   番 号  |    |  |
|  |  |
|  |  |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 氏 名 | 　 | 現 職 |  |  |
|  |
|  |  |

　　　医学教育・研究・分野（教室）の運営に対する抱負（1000字以内）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|    |   氏 名 |   |  現 職 |  |  |
|  |
|  |  |

 氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 番号 | 区 分（年 度） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |

 ＊ 別紙「記載上の注意」を参照してください。

診 療 に 対 す る 抱 負

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  氏 名 |   |  現 職 |  |  |
| * 地域医療に対するお考えと外科治療に対する自己アピールも記入願います。
 |
|  |  |

 　　　　診　　　療　　　実　　　績

 氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 最近５年間に行った主な手術，手術数及び特色のある手術（内視鏡ロボット手術等）・治療名 | 勤務医療機関名 |
| 術者 |  |
| 指導的助手 |  |
| 助手 |  |

※用紙不足の場合は、コピーしてください