

ふりがな	まるまる たろう	男 女	旧 氏 名	西暦で記入	写 真 (30×40) <small>写真は無帽、白衣不可</small>
氏 名	〇 〇 太 郎 印		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)	
現 職	〇〇病院 〇〇科 医師				
現 住 所	〒 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 - 〇〇 携帯 TEL: _____ E-mail: _____				

学 歴	年 月	
	〇〇年 3月	〇〇県立〇〇高等学校 卒業
	〇〇年 4月	〇〇大学医学部 入学
	〇〇年 3月	同 上 卒業
	〇〇年 4月	〇〇大学大学院医学研究科 入学
	〇〇年 3月	同 上 修了

※ 川崎医科大学、附属病院または総合医療センターに在籍されている場合はそれぞれの職名を正確に記入ください。

例
 〔川崎医科大学 眼科学1 臨床助教
 川崎医科大学附属病院 眼科 シニアレジデント 2年

〔川崎医科大学 脳卒中医学 講師
 川崎医科大学総合医療センター 脳卒中科 医長

医 師 免 許	〇〇年〇〇月〇〇日	医籍登録番号 (第 〇〇〇〇〇〇〇 号) [第〇〇 回医師国家試験合格]
---------	-----------	--------------------------------------

学 位	〇〇年〇〇月〇〇日	医学博士または博士(医学) 甲(乙) 第 〇〇 号 (〇〇 大学)
-----	-----------	-----------------------------------

資 格	〇〇年〇〇月〇〇日	日本〇〇学会認定 〇〇科専門医 第〇〇〇号
	〇〇年〇〇月〇〇日	OSCE 評価者講習会受講※受講者は受講証(写)を添付。 受講がない場合は「なし」と記入。
	〇〇年〇〇月〇〇日	卒後臨床研修指導医養成講習会受講 (病院)

職 歴	年 月 日	
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学附属病院 〇〇科 研修医
	〇〇年〇〇月〇〇日	同 上 修了
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学 〇〇学 臨床助教
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学附属病院 〇〇科 シニアレジデント
	〇〇年〇〇月〇〇日	同 上 退職
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学附属病院 〇〇科 医員
	〇〇年〇〇月〇〇日	同 上 退職
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇病院 〇〇科 医師
	〇〇年〇〇月〇〇日	同 上 退職
〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇病院 〇〇科 医師	
〇〇年〇〇月〇〇日	現在に至る	

OSCE 評価者講習会とは、共用試験実施評価機構が実施する臨床実習前 OSCE 評価者認定講習会を指します。
 ※学内で実施する共用試験 OSCE 内部評価者講習会は対象外です。

*** 履歴書記載にあたっての注意事項 ***

1. パソコンで作成か、または楷書(黒インク)で明瞭に記入してください。
2. 印鑑(自動印は不可)を押印してください。
3. 西暦を使用してください。
4. 学歴・職歴の記載にあたっては、空白の期間がないよう、漏れなく記入してください。始期(入学、就職等)と終期(卒業、退職等)の日付を正確にご記入ください。
5. 専門医、学位等の記載漏れがないよう注意してください。(博士学位名は、受領が1991年(平成3年)6月までが『〇〇博士』、それ以降は『博士(〇〇)』となります。)

学会その他における活動等	年 月	
--------------	-----	--

賞 罰	年 月	
-----	-----	--