経　歴　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名		生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日生 （　　歳）
現　住　所		本籍	都道府県
学　　歴	（　大　学　）昭和・平成・令和　　年　月　　卒業 （ 大 学 院 ）昭和・平成・令和　　年　月　　卒業		
医師免許取得	昭和・平成・令和　年　月　日　医籍登録　第　　号		
学　　位	昭和・平成・令和　年　月　日　医学博士　（　　）大学 （学位論文名）		無
学会の加入状況等	（加入学会名）　（認定医・専門医等の資格取得状況） 学会　昭・平・令　年　月第　　号 学会　昭・平・令　年　月第　　号 学会　昭・平・令　年　月第　　号		学会加入 無 認定医等資格 無
過去における指定の有無	昭和・平成　年　月　日　知事・　市長 診療科名（　　）　担当障害（　　）		無

従事期間	経歴（大学卒業後に従事した医療機関名及び診療科名を記入）
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	

※1　耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医である場合は、漏れずに記載してください。

※2　医師免許証の写しを添付ください。

（記入上の留意事項）

１　文字は楷書で、数字はアラビア数字で記入してください。
２　氏名には必ずふりがなを付してください。
３　「学歴」欄には、最終卒業大学及び大学院のみを記入してください。
４　「学会の加入状況等」の欄には、加入している学会名を記入し、認定医・専門医等の資格を有している場合には、取得年月日及び番号を記入してください。
５　「過去における指定の有無」の欄には、北海道以外の都府県、政令指定都市（札幌市含む）、中核市（函館市・旭川市含む）で指定を受けていた場合に、その状況を記入してください。
６　「経歴」欄には、大学卒業後従事した医療機関名及び診療科名を記入してください。
７　その他指定のために参考となる「研究業績」等がありましたら、別紙に記入の上、添付してください。
（様式は任意とします）