

履 歴 書

<例1>

(西暦) 年 月 日現在

ふりがな いだい たろう		氏 名 医大 太郎		(西暦) 年 月 日現在		写真貼付欄 縦4cm×横3cm 正面・脱帽・ 6ヶ月以内に撮影のもの カラー、白黒は問わない
旧姓 ()		博士号種別 (甲)・乙)		番号 (第 ●●● 号)		
●●●● 年 ●● 月 ●● 日生 (満 ●● 才)		国籍 ●● 国		最終取得学位種別 学士 専門職修士 修士 専門職博士 博士		
専攻 (● 学)		学校名 ●● 大学 ●● 大学院		科研費研究者 個人番号 の有無		(有)・無)
ふりがな おおさかふたかつきし ●● まち ●● ばん ●● ごう		現住所 大阪府高槻市 ●● 町 ●● 番 ●● 号 (〒569-8686)		電話 ●●●-●●●-●●●●		個人番号 (●●●●●●●●)
				携帯電話 ●●●-●●●-●●●●		
				Email		

年(西暦)	月	日	(1)学歴(高校卒業時以降を記載) (2)職歴 (3)免許・資格 (4)賞罰等 [(1)~(4)の順に各項目別にまとめて記載のうえ、各項目間は2行あける]	発令又は許可権限者が属する 機関名 (1)については学位授 与機関以外は記載不要
(1)学歴				
●●●●	3	31	●● 高等学校 卒業	
●●●●	4	1	●● 医科大学(医学部) 入学	
●●●●	3	31	●● 医科大学(医学部) 卒業	
●●●●	4	1	●● 大学大学院医学研究科博士課程 入学	
●●●●	●	●	博士(医学)の学位を授与さる	●● 大学
●●●●	●	●	●● 大学大学院医学研究科博士課程 修了	
(2)職歴				
●●●●	●	●	●● 大学附属病院にて臨床研修開始	●● 大学附属病院
●●●●	●	●	大学院入学の為 中止	
●●●●	●	●	大阪医科大学 専攻医 (●● 学教室)	大阪医科大学
●●●●	●	●	大阪医科大学 専攻医 辞退	大阪医科大学

●●●●●	●	●	大阪医科大学 非常勤医師 (●●科)	大阪医科大学
●●●●●	●	●	同上 辞退	
●●●●●	●	●	●●●●●病院 医員 (●●科) 勤務	医療法人●●病院
●●●●●	●	●	同上 退職	
●●●●●	●	●	大阪医科大学 助手 (●●●学教室)	学校法人大阪医科大学
2007	4	1	学校教育法改正に伴う職制変更 助教	
●●●●●	●	●	大阪医科大学 講師 (●●●学担当)	
●●●●●	●	●	●●●国 ■■大学 留学	■■大学
●●●●●	●	●	帰国により復職	学校法人大阪医科大学
2016	4	1	大阪医科大学 准教授 (●●●学担当)	学校法人大阪医科大学
			現在に至る	
			(3)免許・資格	
●●●●●	●	●	●●●●●専門医資格取得 (第●●●●●●●●●号)	●●学会
●●●●●	●	●	●●●●●専門医資格取得 (第●●●●●●●●●号)	●●●学会
●●●●●	●	●	●●●●●指導医資格取得 (第●●●●●●●●●号)	●●学会
●●●●●	●	●	日本医師会認定産業医 (第●●●●●●●●●号)	日本医師会
			(4)賞罰等	
			なし	
			以上	

履 歴 書

<例2>

(西暦) 年 月 日現在

ふりがな いだい はなこ	たかつき	(男)・女	写真貼付欄 縦4cm×横3cm 正面・脱帽・ 6ヶ月以内に撮影のもの カラー、白黒は問わない 背景が風景のもの不可			
氏 名 医大 華子	旧姓 (高槻)	印				
●●●● 年 ●● 月 ●● 日生 (満 ●● 才)	国籍 ●●国					
最終 取得 学位 種別	学士 専門職修士 修士 専門職博士 (博士)	専攻 (● 学) 学校名 ●●(大学) 大学院	博士号種別 (甲・乙)	番号 (第 ●●● 号)	科研費研究 者 個人番号 の有無	(有)・無) 個人番号 (●●●●●●●●)
ふりがな おおさかふたかつきし●●まち●●ばん●●ごう	現住所 (〒569-8686) 大阪府高槻市●●町●番●号			電話 ●●●-●●●-●●●●	携帯電話 ●●●-●●●●-●●●●	Email

年(西暦)	月	日	(1)学歴(高校卒業時以降を記載)(2)職歴(3)免許・資格(4)賞罰等 [(1)~(4)の順に各項目別にまとめて記載のうえ、各項目間は2行あける]	発令又は許可権限者が属する 機関名(1)については学位授 与機関以外は記載不要
(1)学歴				
●●●●	3	31	●●高等学校 卒業	
●●●●	4	1	●●医科大学(医学部) 入学	
●●●●	3	31	●●医科大学(医学部) 卒業	
●●●●	●	●	博士(医学)の学位を授与さる	●●大学
(2)職歴				
●●●●	●	●	●●大学附属病院にて臨床研修開始	●●大学附属病院
●●●●	●	●	同上 修了	
●●●●	●	●	大阪医科大学 レジデント (●●科)	学校法人大阪医科大学
●●●●	●	●	同上 退職	
●●●●	●	●	●●●●病院 医員 (●●科)勤務	医療法人●●病院

		免許等の登録				
		※項目そのものが該当しない場合は二重線で削除下さい。				
●●●●●●●●●●	●●	<table border="1"><tr><td>医師 歯科医師 獣医師 看護師 薬剤師 ()</td></tr></table>	医師 歯科医師 獣医師 看護師 薬剤師 ()	免許証受領 第(●●●●●●●●)号	厚生労働省	
医師 歯科医師 獣医師 看護師 薬剤師 ()						
●●●●●●●●●●	●●	保険医登録番号交付(阪	医 歯)	●●●●●●●●	近畿厚生局	
●●●●●●●●●●	●●	<table border="1"><tr><td>医師 歯科医師</td></tr></table>	医師 歯科医師	臨床研修修了 (プログラム名:	●●大学附属病院	
医師 歯科医師						