

様式 4

経 歴 書

ふりがな 氏 名				生 年 月 日	年 月 日	歳 (申請日現在)	
現 住 所		〒					
医療機関	名 称						
	所在地		〒				
	診療科目						
医 籍 登 録 日				年 月 日 第 号			
経 歴 ・ 職 歴	自		至		任免（勸退）事項		診療科目
	年	月	年	月			
	/	/			大学(院) 学部 卒業		/

【主たる研究歴と業績】※別紙資料添付による提出も可。

【注】最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

別紙（様式4 関連）

障害に係る診療実績等

※指定を受けようとする障害の種別ごとに、作成すること。

障 害 の 種 別 (該当する障害名に チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害 <input type="checkbox"/> そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害
---------------------------------------	--

診 療 実 績 等	
内 容	従事年数
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

【記入要領】

診療実績については、担当する障害種別の経験を具体的に記載すること。

(例)：視覚障害の場合

令和〇〇年△月□日～令和●●年▲月■日 2年3月

〇〇県立K病院 眼科勤務 白内障手術執刀医として月平均で10～30件の症例を手がける。