

ふりがな 氏 名	まるまる たろう 〇〇 太郎	* (男) 女	旧 氏 名 生年月日	西暦で記入 〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)	写 真 (30×40) 写真はスーツ着用、 白衣不可
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				
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				
<p>* 履歴書記載にあたっての注意事項 *</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 西暦を使用してください。 3. 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。 4. 学歴に予備校入学・卒業は記載しないでください。 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				

※ 川崎医科大学、附属病院・総合医療センター・高齢者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

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。

*性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。