

様式1

旧姓がある場合は、名字の後に(旧姓〇〇)と記載

ふりがなのフォントを氏名より小さく記載

履歴書

いずれかを○で囲む

ふり
氏 名

男・女

生年月日(年齢)

西暦 19〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)

現住所 (〒 -)

都道府県から記載

TEL() -

以下についてはフォント「MSP 明朝 10ポイント」で記載

学歴

西暦 年 月	学校名・学位・称号・留学等
19〇〇年〇月	〇〇〇〇〇〇〇〇〇高等学校卒業
19〇〇年〇月	〇〇〇〇大学 〇〇〇〇学部 〇〇学科入学
19〇〇年〇月	同 卒業 学士(医学)取得
19〇〇年〇月	第〇〇回 〇〇国家試験合格
19〇〇年〇月	医籍登録 第〇〇〇〇〇〇号
19〇〇年〇月	〇〇〇〇大学 大学院 〇〇学研究科 (〇〇系〇〇学専攻) 入学
19〇〇年〇月	同 大学院博士(修士)課程修了 (大学院博士(修士)課程修了予定)
19〇〇年〇月	博士または修士(〇学)取得 (〇〇大学 甲または乙 第〇〇〇〇号)、学位论文題目「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」
19〇〇年〇月	〇〇国 〇〇州 〇〇〇大学 (研究所または病院〇〇〇〇科) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇研究のため留学(指導者〇〇〇〇〇) (19〇〇年〇〇月～19〇〇年〇〇月)
19〇〇年〇月	ECFMG留学試験合格(ECFMG Certificate No. 〇〇-〇〇-〇〇-〇)
19〇〇年〇月	〇〇〇〇科専門医取得 (登録番号 第〇〇〇〇〇〇号) ◎大学設置審議会の教員組織審査(大学-昭和 31・文・令第 28 号、大学院-昭和 49・文・令第 28 号)による資格の認定があるときは認定年月、職名及び担当科目を記載)

写真貼付欄

3ヶ月以内に
スーツ着用で
撮影したもの
(3cm×4cm)

教育関係研修への参加・受講歴

西暦 年 月	名称
19〇〇年〇月	共用試験CBT問題作成ワークショップ
19〇〇年〇月	井田試験OSCE評価者認定講習会

西暦 年 月	内容
19〇〇年〇月	指導医養成ワークショップ
19〇〇年〇月	実践的FDプログラムワークショップ

職業経歴

西暦 年 月	職 名 ・ 地 位 等
19〇〇年〇月	〇〇〇〇医科大学医学部附属〇〇病院 研修医
19〇〇年〇月	同 終了
19〇〇年〇月	〇〇〇〇医科大学〇〇学任期付助教、同大学医学部附属〇〇病院〇〇科医員を兼ねる
19〇〇年〇月	同 退職
19〇〇年〇月	〇〇〇〇大学〇〇学助教、同大学医学部附属〇〇病院〇〇〇〇科医長を兼ねる
19〇〇年〇月	教育関連病院(〇〇〇〇病院) 出向
19〇〇年〇月	同 終了、〇〇大学〇〇学助教に復帰、同大学医学部附属〇〇病院〇〇科医長を兼ねる
19〇〇年〇月	〇〇〇〇大学〇〇学講師、同大学医学部附属〇〇病院〇〇科医長を兼ねる
19〇〇年〇月	休職、(〇〇国〇〇州〇〇〇大学研究所又は病院〇〇科 Clinical Fellow etc)
19〇〇年〇月	復職、(〇〇〇〇大学〇〇学講師、同大学医学部附属〇〇病院〇〇科医長を兼ねる)
19〇〇年〇月	同 退職予定 または (現在に至る)
	〇〇大学〇〇学非常勤講師 (1993 年 4 月～現在に至る)

所属機関を問わず、参加・受講した教育関係
研修(FD)等(教育関連であれば医学教育に
特化したもの以外も可)に記載

学会活動

〇〇〇学会会員(1987 年 9 月～1998 年 2 月)

〇〇〇学会〇〇委員(1990 年 4 月～現在に至る)

聖マリアンナ医科大学医学会会員(1991 年 4 月～現在に至る)

〇〇〇学会評議員(1993 年 5 月～2000 年 6 月)

期間を年月順に必ず記載

その他

上記のとおり相違ありません。

西暦 年 月 日

氏 名 ↓ 印

氏名是自筆、シャチハタは不可

備考

記載事項が1ページに収まらない場合は2ページ以降にわたっても構わない