

様式第2号（第4条関係）

履 歴 書

ふりがな	まえばし たろう		生 年 月 日
氏 名	前橋 太郎		昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
診療に従事する 医療機関	所在地	(〒371-8601) 前橋市大手町 2-12-1	
	名 称	前橋市役所病院	
	電話番号	027-224-1111	
標榜する診療科名	整形外科		
学歴等	〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇 大学 〇〇学部卒業 年 月 日 医学博士 大学 号		
医師免許	医籍登録： 〇〇年〇〇月〇〇日 第 △△△△ 号		
初期臨床研修	研修の期間： 〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 〇〇年〇〇月〇〇日		
	臨床研修病院等の名称： △△病院		
	医籍登録： 〇〇年〇〇月〇〇日 第 〇〇〇〇 号		
臨床歴（上記の初期臨床研修の期間を除く。）			
①	平成〇年〇月〇日 ～平成〇年〇月〇日	〇〇病院	整形外科
②	平成〇年〇月〇日 ～平成〇年〇月〇日	□□病院	整形外科
③	令和〇年〇月〇日 ～ 現在	前橋市役所病院	整形外科
④	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑤	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑥	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑦	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑧	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑨	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
⑩	年 月 日 ～ 年 月 日	病院	科
		経験年数：	6 年余

※「初期臨床研修」欄は、平成16年4月以降に初期臨床研修（医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修）の対象となった人のみ記入し、それ以外の人には記入しないでください。
 ※「臨床歴」欄には、常勤の病院名を記入してください。なお、現在、前橋市内の病院・診療所等で非常勤勤務の場合は、最終行に非常勤勤務の期間、病院名及び診療科を記入してください。
 ※「経験年数」には、初期臨床研修の期間及び臨床に従事しなかった期間は含めないでください。
 ※記載内容が多いため本様式に書ききれない事項については、「別紙のとおり」と記載し、その内容を別紙に記載して添付しても差し支えありません。