

申 告 書

1 担当しようとする障害種別（該当するものの□に✓を入れること。）

- 視覚障害 聴覚障害 平衡機能障害 音声・言語機能障害 そしゃく機能障害
 肢体不自由 心臓機能障害 じん臓機能障害 呼吸器機能障害
 ぼうこう又は直腸機能障害 小腸機能障害 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
 肝臓機能障害

2 認定医・専門医等の資格取得の状況

(1) 資格取得 有 ・ 無 (いずれかを○で囲むこと)

(2) 認定医・専門医等の資格の名称

○○○専門医	
△△△認定医	

3 学会等への加入の状況

(1) 学会加入 有 ・ 無 (いずれかを○で囲むこと)

(2) 学会名

○○○学会	
△△△学会	

4 上記1の障害種別に係る研究歴又は研修歴

(1) 研究（研修）の名称及び研究（研修）の内容

○○における△△についての検討

(2) 研究（研修）の期間

自 平成○年 ○月 ○日 ～ 至 令和○年 ○月 ○日

5 履歴書の臨床歴に係る臨床実績等の概要

（上記「1 担当しようとする障害種別」の診療科に従事していた臨床歴について記載してください。なお、件数については、期間中のおおよその数を分かる範囲で記載してください。）

①	期 間	平成○年 ○月 ○日～ 平成○年 ○月 ○日
	医療機関・診療科名	○○病院 整形外科
	診療内容等及び件数	外来にて肢体不自由患者診療 約○件／月 外傷、変形性膝関節症など 約○○件／年

②	期 間	平成○年 ○月 ○日～ 令和○年 ○月 ○日
	医療機関・診療科名	□□病院 整形外科
	診療内容等及び件数	骨折、人工関節置換手術 約○件／年 病棟にて肢体不自由患者の診療 約○件／日

③	期 間	令和〇年 〇月 〇日～ 現在
	医療機関・診療科名	前橋市役所病院
	診療内容等及び件数	腰痛疾患、膝の靭帯損傷、外傷などの手術 約〇〇件／年 外来、病棟にて肢体不自由患者の診療 約〇〇件／月

④	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑤	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑥	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑦	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑧	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑨	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関・診療科名	
	診療内容等及び件数	

⑩	期 間	年 月 日～	年 月 日
	医療機関・診療科名		
	診療内容等及び件数		

記載内容が多いため、上記に書ききれない場合は下欄に記載してください。
なお、「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。

上記のとおり相違ありません。

令和〇年〇〇月〇〇日

申請者氏名 前橋 太郎