

## 経 歴 書

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	歳		
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 (書換の理由 年 月 日)					
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	/
【学会等の加入状況】						
【主たる研究歴と業績】						

【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2

指定を希望する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)	診療実績等	
	内 容	従事年数
<input type="checkbox"/> 肢体不自由		年 月
<input type="checkbox"/> 視覚障害		年 月
聴覚等		
<input type="checkbox"/> 聴覚障害		年 月
<input type="checkbox"/> 平衡機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> そしゃく機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 心臓機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> じん臓機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 小腸機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 免疫機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 肝臓機能障害		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

平成〇〇年△月□日～令和●●年▲月■日 2年3月

国立X病院 眼科勤務 白内障手術執刀医として月平均で20～30件の症例を手がける。