様式第２号（第３条関係）

身体障害者福祉法指定医履歴書及び申告書

認定医・専門医等の資格の取得状況及び診療実績について申告します。下記のとおり相違ありません。

**（※日付は必ず西暦でご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | | |
|  | | |
| 診療に従事する場所 | 病院所在地 | （〒　　　―　　　） | | | |
| 病院名 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 標ぼうする  診療科名 |  | | | | |
| 学歴 | 年　　月　　日　　　　　　　　　　　大学　　　　 学部卒業  年　　月　　日　　　　　医学博士　　　　　　　大学　　 号 | | | | |
| 医師免許 | 医籍登録　　　　　年　　月　　日　　　第　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 初期臨床研修 | 研修期間：　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  臨床研修病院等の名称：  臨床研修修了登録日（医籍に登録した日）：　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 認定医・専門医等の資格取得の  状況 | 資格取得 | | 有　・　無　（いずれかを○で囲むこと） | | |
| 認定医・専門医  等の資格の名称 | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 学会等への  加入の状況 | 学会加入 | | 有　・　無　（いずれかを○で囲むこと） | | |
| 学会名 | |  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 臨床歴及び  臨床実績の概要  (初期臨床研修の  期間を除く。) | 期間 | 医療機関・診療科目 | 期間中の診療分野・内容等 |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 年　 月　 日  ～  年　 月　 日 | 病院  科 |  |
| 経験年数 | 年余 | |

※「初期臨床研修」欄は、２００４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、それ以外の人は記入しないでください。

※「臨床歴」欄には、主たる勤務先（常勤）の医療機関の名称を記入してください。なお、現在、高崎市内の病院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切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。