

【学歴】

湯島医科	大学	医	学部	2000年3月卒業
池之端大学	大学院	医学	研究科	2005年3月卒業

【臨床研究歴・職歴】

以下の「注」を確認した後、記載してください。

期間	指定施設*名または勤務先施設名	職責 主な研修(業務)内容	勤務形態
<input type="checkbox"/> 2000年4月～2002年3月	湯島医科大学附属病院	医員(研修医), 臨床研修	常勤
<input checked="" type="checkbox"/> 2002年4月～2005年3月	池之端大学医学部附属病院	大学院生, 臨床研究	常勤
<input type="checkbox"/> 2005年4月～2010年3月	東京都立中央病院	内科医員, 臨床研修	常勤
<input checked="" type="checkbox"/> 2010年4月～2013年3月	国立水道橋医療センター	厚生技官, 臨床研修	超音波研修
<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">                     ※ 通算3年間以上の研修歴(初期研修期間を含まず)に、常勤施設以外の研修歴を含められる方は、まず、この注記をご覧ください。                 </div>		
<input type="checkbox"/>	年 月～ 年 月	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">                     ※ 1つの施設で通算3年の研修期間を満たしている場合は、当該施設の指定施設研修修了証の提出のみで結構です。                 </div>	
<input type="checkbox"/>	年 月～ 年 月	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">                     ※ 研修期間(通算3年)が複数の指定施設にわたる場合、それぞれの指定施設研修修了証を提出してください。                 </div>	
<input checked="" type="checkbox"/> 2013年4月より 現在に至る	湯島医科大学附属病院 第二内科	医員	常勤

\* 本様式及び様式2では、研修施設、基幹施設、連携施設を総称して指定施設とする。


注1: 上記の経歴中、認定基準に該当する「超音波専門医制度指定施設」における研修(規定により、通算3年以上)については□の中に✓印をつけ、指定施設研修修了証(様式2)を添付すること。但し、通算3年以上の研修歴の中に、初期臨床研修期間の2年間を含めることはできない。初期臨床研修期間の2年間には、□の中に✓印をつけないこと。

注2: 勤務形態欄への“常勤”、“超音波研修”の記載については、常勤以外の勤務形態の場合、超音波研修と記載すること。また、「労務契約上の勤務形態」と「実際の勤務形態」に違いがある場合は、実際の勤務形態で記載すること。

注3: 【臨床研究歴・職歴】に、常勤施設以外の研修歴を含める場合、その間の常勤施設の勤務歴は記載しないこと。常勤施設と非常勤施設の在籍期間が重複しないように記載すること。

上記のとおり相違ありません。

\*\*\*\* 年 \* 月 \*\* 日

受験者氏名 文京 太郎 印   
 (自署・捺印のこと。署名のタイプ不可)