

【記入例】

(様式1の2)

【学歴】

湯島医科	大学	医	学部	1982年3月卒業
池之端大学	大学院	医学	研究科	1987年3月卒業

【臨床研究歴・職歴】

期間	研修施設名または勤務先施設名	職責 主な研修(業務)内容
<input checked="" type="checkbox"/> 1982年4月～1983年3月	湯島医科大学附属病院	医員(研修医), 臨床研修
<input checked="" type="checkbox"/> 1983年4月～1987年3月	池之端大学医学部附属病院	大学院生, 臨床研究
<input checked="" type="checkbox"/> 1987年4月～1993年3月	東京都立中央病院	内科医員, 臨床研修
<input type="checkbox"/> 1993年4月～1996年4月	国立水道橋医療センター	厚生技官, 臨床研修
<input checked="" type="checkbox"/> 1996年4月～2000年3月	湯島医科大学附属病院 第二内科	医員
<input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月		
<input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月		
<input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月		
<input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月		
<input checked="" type="checkbox"/> 2000年3月より 現在に至る	同上	

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研修施設」における研修(規定により、通算3年以上)については口の中に✓印をつけ、それらすべてに指定施設研修修了証明書(様式4)を添付すること。

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 

(自署・捺印のこと。署名のタイプ不可)