医師詳細経歴書（診断項目変更）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふ　り　が　な） | | | | |  | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | | 満　歳 | |
| 医師の氏名 | | | | |  | | | | | |
| 学歴事項 | | | | | 卒業及び修了年月 | | | | 大学名及び大学院名 | | | | | | | | | 学部及び課程 | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| （ふ　り　が　な） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | 電話 | | （　　　） | | | | |
| 申請者が担当する診療科目 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在指定済の  診断する障害 | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 変更申請後の  診断する障害 | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 最初の医師免許 | | | | | | 年　　月　　日　第　　　　　　　号  書換の理由　　　　　　　年　　月　　日書換 | | | | | | | | | | | 障害区分にかかる臨床経験年数 | | | | 年 |
| 主  な  経  歴 | 自　　　至 | | | | | 履歴事項  大学の何々科卒業から記入し、大学院については、専門コースまで記入。勤務先  については、所属科名及び身分まで全て記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 | 年 | 月 | | 大学、大学院及び病院等 | | | | | | | | | | 担当診療科 | | | | 職　名 | |
|  |  |  |  | | 卒業 | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 賞　　罰 | | | 有（　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※臨床経験年数については、診断する障害区分に対する診療科名についての年数を記載すること。

　上記のとおり相違ありません。

　　年　　　月　　　日　　　医師名