**経歴書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 標榜科目 |  |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 医療機関 |  |
| 担当科目 |  | 視覚障害 | 経歴 |  |  |
|  | 聴覚障害 |
|  | 平衡機能障害 |
|  | 音声・言語機能障害 |
|  | そしゃく機能障害 |
|  | 肢体不自由 |
|  | 心臓機能障害 |
|  | じん臓機能障害 |
|  | 呼吸器機能障害 |
|  | ぼうこう・直腸機能障害 |
|  | 小腸機能障害 |
|  | 免疫機能障害 | 経験年数 | 年　　　　　ヵ月 |
|  | 肝臓機能障害 | 基準年数 | ３　　・　　５　　　　年 |

備考

・担当科目については、申請する担当する障害区分に○をつけること。

・基準年数については、視覚障害の場合は３年、その他は５年に○をつけること。

・既に指定を受けている障害区分には●をつけること。

・経歴の欄には、診療科名も記載すること。

【記載例】

**経歴書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | **こおりやま　がくと** | 標榜科目 | **小児科** |
| 氏　　　名 | **郡　山　　　楽　都** | 生年月日 | **昭和○年○月○日** |
| 医療機関 | **医療法人○○会　　○○○病院** |
| 担当科目 |  | 視覚障害 | 経歴 | **○年○月****○年○月****○年○月****○年○月****現在に至る****○年○月****○年○月****○年○月** | **○○大学医学部　卒業****△△大学附属病院　小児科****□□総合病院　小児科****○○****○病院　循環器科****【免許・資格】****医師免許(○○○○号)****○○専門医(○○○○号)****医学博士(○○○号)**経歴には大学卒業から現在までの職歴を記入し、診療科目も必ず記載してくだい。また、免許・資格についても記載してください。なお、記入欄が不足する場合には経歴を別紙として提出いただいても構いません。 |
|  | 聴覚障害 |
|  | 平衡機能障害 |
|  | 音声・言語機能障害 |
|  | そしゃく機能障害 |
| **○** | 肢体不自由 |
| **○** | 心臓機能障害 |
|  | じん臓機能障害 |
| **○** | 呼吸器機能障害 |
|  | ぼうこう・直腸機能障害 |
|  | 小腸機能障害 |
|  | 免疫機能障害 | 経験年数 | **○　年　　○　ヵ月** |
|  | 肝臓機能障害 | 基準年数 | ３　　・　　５　　　　年 |

備考

・担当科目については、申請する担当する障害区分に○をつけること。

・基準年数については、視覚障害の場合は３年、その他は５年に○をつけること。

・既に指定を受けている障害区分には●をつけること。

・経歴の欄には、診療科名も記載すること。