

# 履 歴 書

(様式1)

年 月 日現在

担当領域又は 主な担当科目	〇〇〇科			写真貼付  サイズ 4 cm×3 cm
フリガナ	シバイ イチロウ			
氏 名	市大 一郎			
生年月日	昭和 51年 3月 3日生	年齢	40歳	

元号で記入してください。  
\*他の記入欄も、同様に記入してください。

大学入学以降の学歴を全て記入してください。 *医学部以外の学歴も記入してください。	フリガナ	ヨコハマシ カザワク セト	E-mail	〇〇〇@yokohama-cu. ac. jp
	〒236-0014	神奈川県横浜市金沢区瀬戸22-2	携帯電話	080-1234-〇〇〇〇

学 歴	期 間	大学・大学院、学部・研究科	学科・専攻、課程	入学・卒業等
学 歴	平成7年 4月 1日	横浜市立大学医学部	医学科	入学
	平成13年 3月31日			卒業
	平成17年 4月 1日	横浜市立大学大学院医学研究科	博士課程	入学
	平成21年 3月31日			修了
	年 月 日			
	年 月 日			
学 位	取得年月日	機 関 名	学 位 名	
学 位	平成21年 3月31日	横浜市立大学大学院	〇〇〇〇	
	年 月 日			
職 歴	期 間	勤 務 先	職名・地位等	
	平成13年 5月 1日	横浜市立大学附属市民総合医療センター	研修医	
	平成15年 3月31日		( )	
	平成15年 4月 1日	〇〇会〇〇〇病院	医師	
	平成15年 12月31日		( 非常勤 )	
	平成16年 1月 1日	無職	( )	
	平成16年 3月31日		( )	
	平成16年 4月 1日	横浜市立大学附属病院	教員	
	平成17年 3月31日		( 助手 )	
	年 月 日		( )	
年 月 日		( )		
年 月 日		( )		
年 月 日		( )		

大学院の学歴がある方は、必ず記入して下さい。  
・大学院に入学予定の場合  
・大学院に在学している場合（未修了の場合）も入学年度を記載して下さい。

研修医経験がある方は、必ず記入してください。

空白期間がないように記入して下さい。  
無職期間があれば、無職と記入して下さい。  
医療業務でない職歴も記入して下さい。  
例 会社員等

職歴は行が足りない場合は行挿入して下さい。  
直近の勤務先は、期間の終わりの日付を書かず「現在に至る」として下さい。

学会及び社会における活動等	年 月		事 項										
	平成 14 年 5 月 6 日		学会を退会した場合には、退会年月日も記入してください。										
	年 月 日												
	平成 14 年 7 月 1 日		日本〇〇科学会										
	平成 15 年 3 月 3 1 日		日本■■■科学会										
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
	資 格	取 得 年 月 日		名 称 (種別)				免許番号等					
		※国家資格・専門医等について記載ください。											
平成 13 年 4 月 2 0 日		医師免許				第 123456 号							
平成 16 年 4 月 1 日		日本〇〇科学会専門医				第 01-1234 号							
年 月 日													
賞 罰	年 月												
	年 月 日												
	年 月 日												
	年 月 日												
現在の担当科目状況	勤 務 先		職 名		学部・学科等(所属部局の名称)		担当授業科目名		毎週担当授業時間数				備 考
									専任 兼任 兼任 計				
	現在、教育に携わっている方は必ずご記入ください。												

\* 人事担当記入欄

職員番号			
所属・補職名			
格付け	教授 ・ 准教授 ・ 講師 ・ 助教 ・ 助手		
採用年月日	/ /		