書式１：医学又は医療の専門家

西暦　　　　年　　月　　日

略　歴

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関 |  |
| 所属・職名 |  |
| 学歴 | 大学　　　　　　学部　西暦　　　年卒 |
| 免許・資格 | （例）  □医師　 免許番号(　　　　　) 取得年（西暦　　　年）  □歯科医師 免許番号(　　　　　) 取得年（西暦　　　年） |
| 勤務歴※ | 西暦　　年　月～西暦　　年　月： |
| 西暦　　年　月～西暦　　年　月： |
| 西暦　　年　月～西暦　　年　月： |
| 西暦　　年　月～西暦　　年　月： |
| 西暦　　年　月～現在：（※現在の所属先と兼務先（臨床教授含む。）があれば全て記載すること） |
| 専門分野 |  |
| 所属学会等 |  |
| 法律違反の有無 |  |
| 備考※ |  |

※５年以上の診療、教育、研究又は業務を行った経験を明確に記すこと

※委員の役割など、特段の選任理由等がある場合には記載すること