

履 歴 書

ふりがな	おかだい たろう		
氏 名	岡大太郎		
生年月日	西暦 年 月 日生		
学 歴	学科まで記入してください		
西暦	年 3月	〇〇県立〇〇高等学校	卒業
西暦	年 4月	〇〇大学医学部医学科	入学
西暦	年 3月	同 上	卒業
西暦	年 月	第△△回医師国家試験合格(医籍登録第〇〇〇〇〇〇号)	
研究 歴	研究生, 医員の歴の証明書で日付, 所属部署を確認して記入		
西暦	年 月 日	研究生	岡山大学医学部 〇〇〇講座
西暦	年 月 日	研究生	岡山大学医学部(〇〇〇〇〇)
西暦	年 月 日	医員	岡山大学病院 〇〇〇科
職 歴	◎本申請月の最終日に亘る研究生又は医員, 助手等の歴や職歴がある場合は, 最終行は申請月の最終日を記入し, 勤務先の下に「現在に至る」と記入してください。		
西暦	年 月 日	医員(研修医)	岡山大学病院 〇〇〇科
西暦	年 月 日	医員	岡山大学病院 〇〇〇科
西暦	年 月 日	(再掲)	
西暦	年 月 日	〇〇病院 〇〇科に勤務	
西暦	年 月 日	現在に至る	
賞 罰(□有・□無)	第〇〇回 〇〇〇〇〇 にて 〇〇賞を受賞		
西暦	年 月 日		
上記のとおり相違ありません。	資格確認月の最終日を記入してください。		
西暦 年 月 日	9月25日付学位授与⇒2024年 5月31日		
(氏名)	3月25日付学位授与⇒2024年 11月30日		
大学院担当記入欄(以下の欄は未記入で提出して)			
	必 要	実 績	
研究歴	年以上	年	
うち直接指導の期間(基礎系2年以上/臨床系3年以上)	有	無	
研究歴2年以上の中断	有	無	
□必要な研究歴を満たした後, 5年以内の申請			
□必要な研究歴を満たした後, 5年以上 10年未満の申請(□指導教授による理由書添付有)			
□必要な研究歴を満たした後, 10年以上の申請(□事前に受理承認有 西暦 年 月 日)			
□共著者数が(申請者を除き)10名以内(名)			
□共著者数が(申請者を除き)11名以上(□指導教授による理由書添付有)			
□共著者に岡大教員を含む			
□共著者に岡大教員を含まない(事前に留学の届出有)			
備 考:			