

記載例

ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	写 真
氏 名	〇 〇 〇 〇		
生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 〇〇 歳)		
現住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇 〇丁目〇〇番〇号		
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
臨床研修等修了登録年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
免許証番号及び登録年月日	第 〇〇〇〇〇〇 号 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		

年	月	学歴・職歴
〇〇〇〇	〇〇	〇〇大学医学部卒業
〇〇〇〇	〇〇	臨床研修修了
〇〇〇〇	〇〇	〇〇病院〇〇科勤務
〇〇〇〇	〇〇	同上退職
〇〇〇〇	〇〇	□□診療所勤務
〇〇〇〇	〇〇	同上退職
		(個人開設の場合)
〇〇〇〇	〇〇	△△クリニック 開設 管理者就任
		現在に至る
		(法人開設の場合)
〇〇〇〇	〇〇	医療法人社団△△会 理事就任
〇〇〇〇	〇〇	医療法人社団△△会 △△クリニック 管理者就任
		現在に至る

以上のとおり相違ありません。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日