**推薦書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受付番号 | 候補者名 | 年齢 | 性別 | 現在の職名 | 最終学歴（出身校・卒業年次） |
|  |  | 満    歳 |  |  |  |
| 推薦理由 | | | | | |
| 推薦者職・氏名・印 | | | | | |

注．受付番号の記入は不要です。

**履歴書**令和　　　年　　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏名  生年月日 | ㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女  年　　　　月　　　　日　生 | | |
| 現職 |  | | |
| 現住所 | （〒　　－　　） | | |
| 連絡先電話番号 |  | E-mail |  |
| 学歴 | 年　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校卒業 | | |
| 免許 |  | | |
| 学位 |  | | |
| 職歴  （留学歴を含む） |  | | |
| 加入学会及び  役員・評議員等 |  | | |
| 専門医・指導医等 |  | | |
| 賞罰 |  | | |

**教育・研究の業績概要と今後の具体的な目標**

注．1ページ（1600字程度）でご記入下さい。文字のフォントサイズは11ptで記入して下さい。

**診療実績の概要と今後の具体的な目標**

注．1ページ（1600字程度）でご記入下さい。文字のフォントサイズは11ptで記入して下さい。

**臨床研究主要実績**

注．複数ページにわたってご記入いただいても結構です。必要に応じて行の幅を広げてご記入下さい。文字のフォントサイズは11ptで記入

　　して下さい。

（１）診断法の開発等について

|  |
| --- |
|  |

（２）検査法の開発等について

|  |
| --- |
|  |

（３）治療法の開発等について

|  |
| --- |
|  |

（４）治療機器の開発等について

|  |
| --- |
|  |

**外来診療実績**

（１）診療科目　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　専門領域　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）診療経験　　　　　　　　　　年　　ヶ月

（３）診療回数（※半日を1回として記載）

（一般外来）　　　　　　　　　　　回／週

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（平均的な1回あたりの患者数）

　　（専門外来）　　　　　　　　　　　　外来

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（平均的な1回あたりの患者数）

　　　　　　　　　　　　　　　　　回／週、月

　　（専門外来）　　　　　　　　　　　　外来

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（平均的な1回あたりの患者数）

　　　　　　　　　　　　　　　　　回／週、月

（４）専門的手技

　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回／週

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（平均的な1回あたりの患者数）

名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回／週

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（平均的な1回あたりの患者数）

※専門外来および専門的手技は複数記入可

（５）疾患別患者数（初診）

（令和4年4月1日～令和7年3月31日までの3年間で応募者自身が携わった年度毎の患者数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾病名 | 患者数 | | | |
| 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 合計 |
| 関節リウマチ |  |  |  |  |
| 全身性エリテマトーデス |  |  |  |  |
| 強皮症 |  |  |  |  |
| 炎症性筋疾患 |  |  |  |  |
| 血管炎症候群 |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |