**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《 履歴書 》**

　　年　　月　　日現在

氏　名（ふりがな）　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

性別・生年月日（西暦）：

現住所　　　　　　　　：

（ふりがな）　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※口頭試問の緊急連絡先として使用します。

メールアドレス　　　　：

正式な所属施設名・科名：

（ふりがな）　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

所属施設の電話番号・FAX：

※郵送およびメールでのご連絡がある場合、すべて会員情報を使用します（合否通知含む）。会員情報と上記が異なっていても会員情報が優先されます。申請期間内に会員情報をご確認ください。

学　歴（大学入学から暦年順に記入して下さい）

職　歴（認定研修施設での臨床研修に該当する場合は下線を、認定研修施設外研修での臨床研修に該当する場合は二重下線を引いて下さい）

資格・免許（日本専門医機構に加盟している基本領域の認定医・専門医、日本がん治療認定医機構によるがん治療認定医の有資格者は必ず記載して下さい）

学会その他における活動等（主に活動している学会・団体5つ以内を記入して下さい。なお、各種委員会の委員・役員等の場合は、その名称とその期間を記入して下さい）

上記のとおり相違ありません。

氏名（自筆）　　　　　　　　　　　　　印