**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。

**必要資格の有無ならびに病理関連診断件数**

1. **必要資格**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 有　　無 |
| 病理専門医研修指導医 | 有　　無 |
| 細胞診指導医 | 有　　無 |
| 分子病理専門医 | 有　　無 |
| 臨床研修指導医 | 有　　無 |

1. **病理組織診断件数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 診断件数 | 備考 |
| 令和4年度 | 件 |  |
| 令和5年度 | 件 |  |
| 令和6年度 | 件 |  |

1. **細胞診診断件数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 診断件数 | 備考 |
| 令和4年度 | 件 |  |
| 令和5年度 | 件 |  |
| 令和6年度 | 件 |  |

1. **剖検診断件数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 剖検主執刀件数 | 剖検副執刀件数 |
| 現在までに行った全件数 | 件 | 件 |

1. **エキスパートパネル 出席回数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 出席回数 | 備考 |
| 令和4年度 | 回 |  |
| 令和5年度 | 回 |  |
| 令和6年度 | 回 |  |

**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

|  |
| --- |
|  |