

履 歴 書

本 籍	神奈川県横浜市△△区××町×丁目×番地			* 1
現 住 所	静岡県浜松市▲▲○丁目○○番○○号			
フリガナ	○○ ○○			
氏 名	○○ ○○		男・女	
生 年 月 日	昭和 24 年 10 月 11 日		満○○歳	
医師・歯科医師免許番号	第 1234567 号			* 2
医籍・歯科医籍登録年月日	昭和 49 年 5 月 20 日			
年号	年	月	学 歴 及 び 臨 床 研 修 歴	* 3
昭和	43	3	神奈川県横浜市立○○高等学校 卒業	
昭和	43	4	◎◎大学医学部 入学	
昭和	49	3	◎◎大学医学部 卒業	
年号	年	月	職 歴	* 4
昭和	49	11	◎◎大学医学部付属病院内科入局	
昭和	56	3	同 退職	
昭和	56	4	■■病院内科勤務	
昭和	63	3	同 退職	
昭和	63	4	凸凸クリニック勤務 現在に至る	
年号	年	月	賞 罰	* 5
			なし	
医療法第 46 条の 5 第 5 項において準用する同法第 46 条の 4 第 2 項の規定に該当しません。 * 6				

上記のとおり相違ありません。

平成○○年○月○日

* 7

氏 名 ○○ ○○ 印

履 歴 書 記 載 上 の 注 意

- | | |
|-----------|--|
| * 1 本籍・住所 | 番地、号を省略しないで、住所を正確に記載してください。 |
| * 2 免許番号 | 医師又は歯科医師は、必ず記載してください。 |
| * 3 学歴 | 概ね、高等学校以上を記載してください。 |
| * 4 職歴 | 詳細に記載し、退職した場合はその旨を明記してください。
記載日現在、2以上の職を兼職している場合は、その旨を「〇〇に勤務 現在に至る」というように明記してください。

※記載日現在で、他の医療法人の役員、又は他の医療機関の職員（非常勤を含む）である場合は、必ずその旨記載してください。 |
| * 5 賞罰 | ない場合は、「なし」とのみ記載してください。 |
| * 6 欠格事由 | 医療法人の役員は、医療法第46条の5第5項において準用する同法第46条の4第2項の規定に該当する場合は、役員になることができません。

○ 医療法第46条の4第2項
<ol style="list-style-type: none">1 法人2 成年被後見人又は被保佐人3 医療法、医師法、歯科医師法その他医事に関する法令の規定により罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者4 前号に該当する者を除くほか、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者 |
| * 7 記載年月日 | 定款変更認可申請日と同日にしてください。 |