

別紙様式3号

履 歴 書					
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	本 籍 地	都 道 府 県	写 真 貼 付 脱帽、正面向き3か月以内に 撮影したものであること。デ ジカメ等で撮影した写真でも よい。 (縦4cm×横3cm)
生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 ( 歳)	現 住 所	〒  Tel		
学 歴					
年 月 日	事 項				
平成〇年〇月 平成〇年〇月 平成〇年〇月 平成〇年〇月	〇〇医療技術短期大学卒業 〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒業 〇〇大学大学院〇〇研究科(修士課程)〇〇学専攻修了(〇〇学修士) 〇〇大学大学院〇〇研究科(博士課程)〇〇学専攻修了(〇〇学博士) 大学若しくは高等専門学校又はこれらと同等以上と認められる学校卒業以上の学歴を有する者は、これらの学歴(学位、称号を含む。)のすべてについて記入し、その他の者は、最終学歴について記入して下さい。				
免 許 ・ 資 格					
取得年月日	事 項				
平成〇年〇月	理学療法士免許(第×××××号)				
職 歴					
年 月 日	事 項				
平成〇年〇月 平成〇年〇月	〇〇病院 理学療法士として勤務(平成〇〇年〇月まで) 〇〇病院 リハビリテーション課 技師長に就任(現在に至る) 職歴のすべてについて記入し、職名、地位等についても明記して下さい。 特に、現在の役職に就いてからの経過年数が分かるよう記載して下さい。 また、以前に本学科より臨床指導教授等の称号を付与された場合も記載してください。				
賞 罰					
年 月 日	事 項				
上記のとおり相違ありません。					
平成 年 月 日	氏 名				印

本学科の実習指導等の臨床教育実績							
事 項	実習指導期間						
1. 医療技術短期大学部分(平成17年まで) 総合実習	年	月	日	～	年	月	日
2. 医学部保健学科(平成17年から) 見学実習	年	月	日	～	年	月	日
評価実習	年	月	日	～	年	月	日
総合実習	年	月	日	～	年	月	日
*保健学科での実習があれば、あえて短期大学部を記載しなくとも結構です。				月, 日が不明な場合は、年までの記載で結構です。			
学会及び職能団体の認定資格等							
事 項	年 月 日	概 要					
北海道〇〇学会会員(平成〇年〇月まで) 日本〇〇研究会評議員(現在に至る)	平成〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日	学会活動及び各種職能団体の認定資格等に関連した事項について記入して下さい。					
学識, 実践能力及び特筆すべき技術・経験等							
事 項	概 要						
学識, 実践能力等に関連した技術・経験等の事項について記入して下さい。							
臨床教育に係る研修, 講習会等への受講実績							
事 項	年 月 日	概 要					
臨床教育に係る研修, 講習会等への受講実績について記入して下さい。	平成〇年〇月〇日						
その他臨床教育に有用な資格, 能力, 経験等							
事 項	概 要						
その他臨床教育に有用な資格, 能力, 経験等について記入して下さい。							