認定遺伝カウンセラー®履歴書

（様式2-別添4）

（西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）  氏　　名 | ㊞ |
| 認定遺伝カウンセラー®情報 | 登録番号 （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他の医療資格・登録番号等 | ・　登録番号等 （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日（年齢） | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（満　　　　　歳） |
| 勤務施設　・　所属部署名 |  |
| 所属施設 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 実施施設における  職名・常勤非常勤の別 |  |
| 非常勤の場合、  主たる勤務先情報 | 主たる勤務先名　部署　職位  〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
|
| 学　歴 | 大学　　　　　　　　　　学部　　　　　　　西暦　　　　　年卒  　　　　　　　大学院　　　　　　　　　学研究科　　　　西暦　　　　　年修了 ・ 　　　退学  学　位： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　歴 | 勤　　務　　施　　設 | 職名・常勤非常勤の別 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HBOCに関する研修歴  研修施設・指導（医）者氏名，  その他の研修方法等 |  |
| HBOCについての豊富な診療経験を有していることの根拠 |  |
| 基幹施設・連携施設における専門医が参加するHBOCに関わる定期的な合同カンファレンスへの参加実績 |  |

職歴は西暦で「○年○月～○年○月」と記入して下さい