

# 認定遺伝カウンセラー<sup>®</sup>履歴書

(西暦 年 月 日 現在)

(フリガナ) 氏名	Ⓜ
認定遺伝カウンセラー <sup>®</sup> 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「〇年〇月～〇年〇月」と記入して下さい