連携施設実施責任者履歴書

（様式２-２）

（西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）実施責任者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 医籍登録年月日・登録番号 | 医籍登録年月日：登録番号： |
| 　日本産科婦人科学会専門医登録番号 | 登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 臨床遺伝に関する資格（有する資格に〇をつける） | （　　）　「日本産科婦人科遺伝診療学会が提供する教材を用いたロールプレイを含めた研修会受講と統一試験（周産期）」を修了（　　）　臨床遺伝専門医　　（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）有する資格の認定証、修了証のコピーを添付 |
| 日本周産期・新生児医学会周産期専門医(母体・胎児)（暫定連携施設の申請に限り、記入必要） | 登録番号：有効期限：暫定連携施設の申請に限り、認定証のコピーを添付 |
| 勤務施設および所属科名 | 勤務施設：所属科名： |
| 職名 | 職名： |
| 勤務施設　所在地 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 最終学歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　西暦　　　　　　　　　　年卒 |

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

※職歴は西暦で「○年○月～○年○月」と記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 出生前診断・染色体異常についての豊富な診療経験を有していることの根拠（出生前診断の診療年数、年間の診療件数、診療内容、対応できる方法、遺伝カウンセリングの実施経験） |  |