

(様式3)

[若手研究者育成活用事業]
(エイズ対策政策研究推進事業)

履 歴 書

年 月 日

氏名	フリガナ					写 真 (必ず貼付のこと)
	漢 字	印				
ローマ字						
生年月日	年 月 日生 (作成日現在 歳)					
国 籍 (日本以外の場合のみ)			戸籍上の性別	男・女		
学 歴 (高校卒業年から)						
学 位 (1つに○)	1 医学博士 2 _____博士 3 _____博士 (_____年____月取得見込み / _____年____月提出済み) 4 なし					
取得資格 (研究職務関連のみ)	1 医師免許 2 歯科医師免許 3 獣医師免許 4 保健師免許 5 看護師免許 6 薬剤師免許 7 臨床心理士 8 その他 (_____) ※ 該当の免許・資格証のコピーを添付のこと。					
職 歴	(厚生労働科学研究推進事業のリサーチ・レジデントの経験を有する者は、必ず期間を記入のこと。)					
家 族	氏 名	年 齢	続 柄	扶養の有無	備 考	
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		