

(様式4)

[若手研究者育成活用事業]  
(エイズ対策研究推進事業)

# 履 歴 書

平成 年 月 日作成

氏 名	フリガナ					写 真
	漢 字	印				
	ローマ字					
生 年 月 日	西暦 19__年__月__日生 (作成日現在 __歳)					
国 籍 (日本以外の場合)		戸籍上の性別	男・女			
学 歴 (高校卒業年 から記入)						
学 位 (ひとつに○)	1. 医学博士                      2. _____博士 3. _____博士 20__年__月取得見込み/20__年__月提出済み 4. なし					
取得資格 (研究 職務関連限定)	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・資格のコピーを添付してください					
職 歴	(厚生労働科学研究推進事業のResearch・レジデントの経験を有する場合は、必ず期間を記入してください。)					
家 族	氏 名	年 齢	続 柄	扶養の有無	備 考	