

(様式3)

[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

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	1 9	年	月	日	生 (作成日現在 歳)	
国 籍 <small>(日本以外の場合のみ)</small>			戸籍上の性別	男・女		
学 歴 <small>(高校卒業年から)</small>						
学 位 <small>(1つに○)</small>	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 <small>(研究職務関連のみ)</small>	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		