

履 歴 書 (麻醉科医師用)

No. _____

2025 年 月 日

【意思確認事項】 ※申請に際しては、下記項目にチェック（✓）がされていることが必須となります。

- 国際的な会合やスポーツ大会といったイベント時や外傷患者が多数発生する事態の外傷外科医等の招集に、積極的に協力します。
- 外傷患者が多数発生する事態やイベントにおける医療提供体制等による派遣依頼があった場合に備え、厚生労働省が氏名や連絡先等を含めた個人情報を保管し、有事に都道府県等にその情報を提供することについて同意します。

※「年」は全て西暦でご入力ください。

氏 名	(ふりがな)		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日
	(姓)	(名)		医籍登録番号 (登録年月日)	(年 月 日)
	(英語表記)			携帯電話	
住 所	〒				
E-mail					

最終卒業校	年	月	卒 業
-------	---	---	-----

[illegible]

履 歴 書 （麻酔科医師用）

No. _____

手術全身麻酔担当経験数	週	例程度	（年間約	例）
-------------	---	-----	------	----

多発外傷患者の麻酔の経験（ASA4E 以上の外傷手術） ※ある場合（必須ではありません）			
年	月	疾患名	術式名

DATC™ コースの受講経験	☐ 有	☐ 無
----------------	----------------------------	----------------------------

日本麻酔科学会	☐ 会員（ ☐ 麻酔科専門医有（No. _____））	☐ 非会員
日本救急医学会	☐ 会員（ ☐ 救急科専門医有（No. _____））	☐ 非会員
日本集中治療医学会	☐ 会員（ ☐ 集中治療専門医有（No. _____））	☐ 非会員

その他学会の資格等		

自己PR	
------	--