

履 歴 書

必ず1枚に収めてください

報告番号	乙 第 号	
氏 名	くまもと はなこ 熊本 花子	※氏名にはふりがなをつけてください
生年月日	昭和60年4月1日生	※外国人の場合は西暦(1985年4月1日生)
本籍地	熊本県	※本籍は都道府県のみ 外国人の場合は国名を記載
現住所	熊本県熊本市中央区本荘1丁目1番1号	

最終学歴

※大学卒業から記載してください
※卒業日は月末ではなく正確な日付を記載してください

平成〇〇年 3月10日 熊本大学医学部医学科卒業
平成〇〇年 4月 1日 熊本大学大学院医学教育部博士課程入学
令和 〇年 3月25日 同上単位修得退学

研究歴

自平成〇〇年 4月 1日 熊本大学大学院医学教育部研究生(〇〇〇講座)
至平成〇〇年 3月31日 〇〇〇教授の指導のもとに研究に従事
自平成〇〇年 4月 1日 熊本大学医学部附属病院医員(〇〇〇科)として
至平成〇〇年 3月31日 〇〇〇教授の指導のもとに研究に従事
自平成〇〇年 4月 1日 熊本大学大学院医学教育部博士課程(医学専攻)
至令和 〇年 3月25日 学生として山田一郎教授の指導を受ける

職 歴

自平成22年 4月 1日 熊本大学医学部附属病院〇〇科研修医
至平成24年 3月31日
自平成24年 4月 1日 〇〇〇〇病院〇〇科勤務
至平成25年 9月30日
自令和 元年 5月 1日 熊本大学病院〇〇科医員
至令和 2年 3月31日
自令和 2年 4月 1日 熊本大学大学院生命科学研究部〇〇分野助教
現在に至る

※熊本大学病院の名称変更にご注意ください
平成31年3月31日まで 熊本大学医学部附属病院
平成31年4月 1日以降 熊本大学病院

以上のとおり相違ありません。

令和〇年〇〇月〇〇日

氏名 **熊本 花子**
(自署)

