

履 歴 書 （医師用）

No. _____

過去 5 年以内で術者として経験した胸腹部手術（直近から遡って 10 例）			
年	月	疾患名	術式名

SSTT(標準コース)の受講経験	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
ASSET コースの受講経験	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

他 学 会 の 資 格 等		

自 己 P R	
------------------	--