（様式I）

|  |
| --- |
| 履　　歴　　書 |
|  |  | 性別 | 　　　　　　　　男　　・　　女 |
| 生年月日（年齢） | 　　　年　　　月　　　日　生（　　歳）　　　 | 現住所 | 〒 |  |  |  |
| E-mail | 　 |
| 学　　　　歴（高等学校卒業以降を記入） |  |  |  |
| 年　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
|  |  |
| 学　位 | 修士　（　　　　　　大学）　 | 取得年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 学　位 | 博士　（　　　　　　大学）　 | 取得年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 看護師免許 | 取得年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 | 登録番号　： |
| 保健師免許 | 取得年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 | 登録番号　： |
| 助産師免許 | 取得年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 | 登録番号　： |
|  | 取得年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 職　　　　　　　　　　歴 |
| 年　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
|  |  |
| 学会及び社会における活動等（所属学会；役職等） |
| 年　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
|  |  |
| 賞　　　　　　　　　　罰 |
| 年　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
|  |  |
| 教育研修（受講したFaculty Developmentを中心に） |
| 年　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
|  |  |
| 上記の通り相違ありません　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印 |

　（様式II） 　　No.

提出年月日：　　年　　月　　日

業績目録　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

|  |  |
| --- | --- |
| 種　別 | １）著　　書（著者・書名・分担項目名・初頁～終頁・発行所・年）２）学術論文（著者・題目・雑誌・巻・初頁～終頁・年）３）学会発表（演者・題目・会名・年）４）研究費受入（研究助成の名称・年・取得金額・研究課題名）５）特許取得状況（発明等の名称・番号・発明者・登録日あるいは出願日） |
|  |  |

（様式III）

推　　　　　　薦　　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 候補者の所属・職名 | 氏　　　　　　　　　名 |
|  |  |
| 推　　薦　　理　　由 |
|  |
| 参　　考　　事　　項　（必要があればご記入ください） |
|  |
| 滋賀医科大学長　殿　　年　　月　　日推薦者の所属・職名・氏名印 |

（様式Ⅳ）

　　年　　月　　日

申　　告　　書

国立大学法人滋賀医科大学長

　　　　　　　　上　本　伸　二　殿

　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　私は、貴学　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の選考に応募するにあたり、貴学が教育・研究活動に関する不正等を厳正に禁止し防止し排除していることを承知した上、以下のとおり申告いたします。

　１．これまでに受領した公的経費は、法令、ガイドライン、所属機関及び配分機関等の規定・指針等に従い、適正に申請するとともに、使用ルールを遵守してきました。

　２．これまでの教育・研究活動において、得られたデータや結果の捏造、改ざん、他者の研究成果の盗用等を行ったことはありません。

　３．これまで法令、ガイドライン、所属機関の規定・指針等に従い、利益相反について不適切な行為を行ったことはありません

　４．その他、教育・研究活動において不正を行ったことはありません。

　　本申告が事実と異なる場合は、採用内定の取消をはじめ、貴学でいかなる決定がされたとしても、その決定に従います。