様式—CIRU20

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　西暦　　　　年　　月　　日

**研究責任医師・研究分担医師　履歴書**

**（他の研究機関が審査を依頼する場合）**

**研究機関名：**

**所属：**

**職名：**

**氏名：**　　　　　　　　　　　　　　**性別：男・女　　　　　　　　　年齢　　　歳**

|  |  |
| --- | --- |
| 最終学歴 |  |
| 免許等 | 免許番号：　　　　　　　　　　　　　　取得年：　　　　　年 |
| 勤務歴 |  |
| 専門領域 |  |
| 所属学会 |  |
| 認定の資格等 |  |
| 臨床研究の実績 | 研究責任医師として担当した臨床研究実施数：　　　　　件  研究分担医師として担当した臨床研究実施数：　　　　　件 |
| 主な研究内容，  著書，論文等 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日作成