

西暦 年 月 日

履歴書

(□治験責任医師 □治験分担医師)

| | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|---------|
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 医療機関 | | | | |
| 所属・職名 | | | | |
| 学歴(大学) | 大学 | 学部 | 西暦 | 年卒 |
| 免許 | □医師 免許番号() | | 取得年(西暦 | 年) |
| | □歯科医師 免許番号() | | 取得年(西暦 | 年) |
| 認定医等の資格 | | | | |
| 勤務歴 (過去5年程度) | 西暦 年 月～西暦 年 月: | | | |
| | 西暦 年 月～西暦 年 月: | | | |
| | 西暦 年 月～西暦 年 月: | | | |
| | 西暦 年 月～西暦 年 月: | | | |
| | 西暦 年 月～現在: | | | |
| 専門分野 | | | | |
| 所属学会等 | | | | |
| 主な研究内容、 著書・論文等 (治験等に関連するもので直近の10編以内) | | | | |
| 治験・製造販売後 臨床試験の実績 (過去2年程度) | 実施項目 | 医薬品 | 医療機器 | 再生医療等製品 |
| | 件数(うち実施中) | 件(件) | 件(件) | 件(件) |
| | 主な対象疾患 | | | |
| | 治験責任医師の経験(件数): □あり(件) □なし | | | |
| | 治験分担医師の経験(件数): □あり(件) □なし | | | |
| 備考* | | | | |

* : 過去2年程度の中に治験・製造販売後臨床試験の実績がない場合であって、それ以前に実績のある場合にその内容について簡潔に記載。

注) (長≠責) : 本書式は当該医師が作成し、実施医療機関の長及び治験依頼者に提出する。

(長=責) : 本書式は当該医師が作成し、治験依頼者に提出する。