

(治験責任医師→医療機関の長)

治験ネットワーク様式 1

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験 a. 医薬品 b. 医療機器

多施設共同治験参加医療機関における治験協力者 履歴書

医療機関名： _____ 病院

所属：

職名：

氏名： _____ 印 性別：男・女 年齢 _____ 歳

最終学歴	
免許等	
勤務歴	
これまでに受けた教育及び研修	
備考	

年 月 日作成

注) 正 1 部を医療機関の長が保管し、写 1 部を治験審査資料として群馬大学病院臨床試験部に提出する。