西暦　　　　年　　月　　日

履歴書

□統括管理者＊1　□統括管理者が指名する医師等　□研究責任医師　□研究分担医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  （臨床研究に関連するもので直近の10編以内） |  | | |
| 特定臨床研究・  治験・製造販売後  臨床試験の実績  (過去2年程度） | 項目 | 医薬品 | 医療機器 |
| 実施件数(うち実施中) | 件( 件) | 件( 件) |
| 主な対象疾患 |  | |
| 研究責任医師の経験(件数)：□あり(　　件)　□なし | | |
| 研究分担医師の経験(件数)：□あり( 件)　□なし | | |
| 備考 | （研究に関する教育・研修の受講歴等を記載） | | |

＊1　統括管理者が法人又は団体である場合は、本様式の作成は不要

（2025.5.31. 改訂　ver.1.2)