

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	<input type="checkbox"/> 医師	免許番号 ()	取得年 (西暦	年)
	<input type="checkbox"/> 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	～ 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) :	<input type="checkbox"/> あり (件)	<input type="checkbox"/> なし	
	治験分担医師の経験 (件数) :	<input type="checkbox"/> あり (件)	<input type="checkbox"/> なし	
備考*				

* : 過去 2 年程度の間、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。