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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 特定臨床研究の実績(過去2年程度) | 実施件数 | 　　　　　件（うち実施中　　件） |
| 研究責任医師の経験（件数）：□有（　　件）　□無研究分担医師の経験（件数）：□有（　　件）　□無 |
| 主な研究内容、著書･論文等（臨床研究等に関連するもので直近の10編以内） |  |
| 備考＊2 |  |
| 倫理研修＊3（APRIN等）の受講歴 | 受講名：　受講日：西暦　　　年　　月　　日（修了証の写しを提出してください。） |

\*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

\*2　過去２年程度の間に特定臨床研究の実績がない場合であって、それ以前に実績のある場合や、特定臨床研究以外の臨床研究、治験に関する実績がある場合に、その内容について簡潔に記載

\*3　倫理研修は各実施医療機関の規定に従って受講したものに限る