西暦　　　　年　　月　　日

履歴書

（□研究代表医師　□研究責任医師）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 医療機関名 |  | |
| 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、治験等に関連するもので直近の10編以内） |  | |
| 臨床研究（治験も含む）の実績  (過去2年程度） | 実施件数(うち実施中) | 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＊1 |  | |
| 倫理研修＊2（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：過去2年程度の間に臨床研究（治験も含む）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してください。

＊2：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ります。