技術専門員

西暦　　　　年　　月　　日

略歴・共同研究の実施状況・利益相反確認書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 印 |
| 所属機関 |  |
| 所属・職名(勤務内容) |  |
| 学歴 | 大学　　　　　　学部　西暦　　　年卒 |
| 免許・資格 | （例）  □医師　 取得年（西暦　　　年）  □歯科医師 取得年（西暦　　　年） |
| 専門分野 |  |
| 所属学会等 |  |
| 共同研究の実施状況 | 過去一年以内の共同研究（特定臨床研究や医師主導試験）の実施※   * なし * あり |
| 利益相反の確認 | 審査対象となる臨床研究に関与する医薬品等製造販売業者等との密接な関係   * なし * あり |
| 備考 | 研修記録　別紙添付 |

※審査対象となる臨床研究の研究責任医師と同一の多施設共同研究を研究責任医師、治験調整医師および治験責任医師として実施した場合に限る