|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参考書式４ | 整理番号 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

履歴書

□研究代表医師　□研究責任医師　□研究分担医師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 | 印 | |
| 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  ｓｈ |  | |
| 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 |  | |
| 臨床研究の実績  (過去2年程度) | 実施件数 | 件（うち実施中　　件） |
| 責任医師の経験（件数）：□有（　　件）　□無  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＊ | 研修認定番号： | |

＊過去２年程度の間に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

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

・認定臨床研究審査委員会確認事項(20　　年　　月　　日確認)

・臨床研究に関する特別セミナー受講（20　年度□第1回　□第2回　□第3回）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（20　年度□第1回　□第2回　□第3回）