

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			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			
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 （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）	項目	医薬品	医療機器
	実施件数（うち実施中）	件（ 件）	件（ 件）
	主な対象疾患		
	治験責任医師の経験（件数）： ☐ あり（ 件） ☐ なし		
	治験分担医師の経験（件数）： ☐ あり（ 件） ☐ なし		
備考*			

*：過去2年程度の間に治験・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正本（記名捺印又は署名したもの）を2部作成し、実施医療機関の長及び治験依頼者にそれぞれ1部を提出する。
（長＝責）：本書式は当該医師が正本（記名捺印又は署名したもの）を1部作成し、治験依頼者に提出する。