

最新のものを提出してください。

内容が最新であれば選定時のものを  
初回申請に使用可能です。

西暦 20XX年 X月 X日

## 履歴書

分担医師の履歴書は提出不要です。

(■ 治験責任医師 □ 治験分担医師)

ふりがな	はんだい たろう			
氏名	阪大 太郎			
医療機関	国立大学法人大阪大学医学部附属病院			
所属	○○○科			
学歴（大学）	△△大学 ▽学部 西暦○○○○年卒			
免許	■ 医師 免許番号(0123456789) 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	△△△△△△認定医 ○○○専門医			
勤務歴 (過去5年程度)	西暦○○○○年○月～西暦○○○○年○月：大阪大学医学部附属病院○○○科 医員 西暦○○○○年○月～西暦○○○○年○月：大阪大学医学部附属病院○○○科 助教 西暦○○○○年○月～西暦○○○○年○月：大阪大学医学部附属病院○○○科 講師 西暦○○○○年○月～西暦○○○○年○月：大阪大学医学部附属病院○○○科 准教授 西暦○○○○年○月～現在：大阪大学医学部附属病院○○○科 教授			
専門分野	○○○科			
所属学会等	○○○学会			
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)	ABCDEG. 2000 HIJKLM. 2002 OPQRSTU. 2005			
治験・製造販売後 臨床試験の実績 (過去2年程度)	実施項目	医薬品	医療機器	
	件数(うち実施中)	3 件( 1 件)	1 件( 0 件)	1 件( 0 件)
	主な対象疾患	△△△△病		
	治験責任医師の経験(件数)：	■あり( 4 件) □なし		
	治験分担医師の経験(件数)：	■あり( 1 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作成し、実施医療機関の長及び治験依頼者に提出する。

(長=責)：本書式は当該医師が作成し、治験依頼者に提出する。