

最新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			所属は病院の診療科名を記載してください。
所属	〇〇〇科			
学歴(大学)	△△大学	▽学部	西暦〇〇〇〇年卒	大学院に関する記載は不要です。
免許	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 免許番号(0123456789) 取得年(西暦〇〇〇〇年) <input type="checkbox"/> 歯科医師 免許番号( ) 取得年(西暦 年)			
認定医等の資格	△△△△△△認定医 〇〇〇専門医			
勤務歴 (過去5年程度)	西暦〇〇〇〇年〇月～西暦〇〇〇〇年〇月：大阪大学医学部附属病院〇〇〇科 医員			
	西暦〇〇〇〇年〇月～西暦〇〇〇〇年〇月：大阪大学医学部附属病院〇〇〇科 助教			
	西暦〇〇〇〇年〇月～西暦〇〇〇〇年〇月：大阪大学医学部附属病院〇〇〇科 講師			
	西暦〇〇〇〇年〇月～西暦〇〇〇〇年〇月：大阪大学医学部附属病院〇〇〇科 准教授			
	西暦〇〇〇〇年〇月～現在：大阪大学医学部附属病院〇〇〇科 教授			
専門分野	〇〇〇科			
所属学会等	〇〇〇学会			
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)	ABCDEFG. 2000 HIJKLMN. 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	再生医療等製品
	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)： <input checked="" type="checkbox"/> あり(4件) <input type="checkbox"/> なし			
	治験分担医師の経験(件数)： <input checked="" type="checkbox"/> あり(1件) <input type="checkbox"/> なし			
備考*				

・学歴や職歴については、現在に至るまでの過去5年程度の勤務先、所属、診療科(部)名、職名、勤務年月日等を記載してください。  
 ・大阪大学医学部附属病院における職歴については、必ず医学部附属病院における診療科(部)名を記載してください。  
 ・記入欄が不足する場合には、当該欄に“別紙のとおり”等と記載し、別紙を添付してください。別紙の形式は問いません。

\*：過去2年程度の間、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。