

最新のを提出して下さい。

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	○○○科			
学歴 (大学)	△△大学 医学部 西暦○○○○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 19XX 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 ○○○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)	ABCDEF. 2000 HIJKLMN. 2002 OPQRSTU. 2005			
	<ul style="list-style-type: none"> ・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、勤務年月等を記載して下さい。 ・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、職名を記載して下さい。 ・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、別紙を添付して下さい。別紙の形式は問いません。 			
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(2件)	2件(0件)	1件(1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) □なし			
	治験分担医師の経験(件数) : <input checked="" type="checkbox"/> あり(2件) □なし			
備考*				

* : 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) 本書式は当該医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。