（医）書式1

| 整理番号 | |
|---|---|

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 | |
| 医療機関 | |
| 所属 | |
| 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）<br>□歯科医師 免許番号（　　）取得年（西暦　　年） |
| 認定医等の資格 | |
| 勤務歴<br>（過去5年程度） | 西暦　　年　月～西暦　　年　月：<br>西暦　　年　月～西暦　　年　月：<br>西暦　　年　月～西暦　　年　月：<br>西暦　　年　月～西暦　　年　月：<br>西暦　　年　月～現在： |
| 専門分野 | |
| 所属学会等 | |
| 主な研究内容、<br>著書･論文等<br>（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<br>（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） | 件（　　件） | 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）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。