

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	国立病院機構 佐賀病院		
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。