|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| モニタリング書式1-2 | 整理番号 |  |
|  | 区分 | 治験　製造販売後臨床試験　医師主導治験  医薬品　医療機器　再生医療等製品　その他 |

モニタリング及び監査担当者履歴書

西暦　　　年　　月　　日

公立大学法人

横浜市立大学附属病院

病院長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 印 |
| 氏名 |  |

次のとおり相違はありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | □　モニタリング　　□　監　査 | （写　真）  ３×４㎝ |
| 職　　種 | 医師　薬剤師　看護師　検査技師　その他 |
| 生年月日（年齢） | 西暦　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 性　　別 | □　　男　　　　　　□　　女 |
| 会社名及び連絡先 | 〒  　　TeL　　　　　　　　Fax  E-mail | |
| 履　　　　　歴  （最終学歴，勤務歴の順に記入してください） | | |
| 過去３年間の治験関係の実績  モニターとして：　　　　件　　　　監査担当として：　　　　件 | | |
| モニター及び監査担当としての教育・訓練歴（簡潔に） | | |

本書式は登録手続きおよび本人確認後、院内の規定に従い裁断廃棄します。

横浜市立大学附属病院　病院長