|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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