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 | 公立大学法人　横浜市立大学附属病院 | | | |
| 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）  □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） | 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。