**研究の実施に係る研究責任者の履歴書　(参考書式)**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 医療機関 |  |
| 所属・職名 |  |
| 電話番号(内線/mobile) |  |
| メールアドレス |  |
| 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）□その他(　　　　) 免許番号(　　　　　　)　取得年（西暦　　　年） |
| 取得資格（認定医、専門医等） |  |
| 専門分野 |  |
| 所属学会等 |  |
| 臨床研究の実績（過去２年間） | 治験　実績数　 | 　　　　　　件 | 責任医師の経験 | □あり　　　件□なし |
| 臨床研究実績数 | 介入　　　　件非介入　　　件 | 責任医師の経験　　　　　 | □あり　　　件□なし |
| 主な研究内容、著書･論文等（臨床等に関連するもので直近の10編以内） |  |
| 備　考 |  |