

## 試験責任医師 履 歴 書

施設名：

所属：

職名：

ふりがな 氏 名	性別：男・女 年 月 日生
最終学歴	大学（医・歯）学部 年（学部卒業・大学院終了）
免許等	医師 歯科医師 免許番号： 取得年： 年
略歴 （最近 10 年間程度）	
専門領域	
所属学会	
専門医・認定医資格	
臨床研究倫理指針準拠研究施設審査の場合 臨床研究の実施に必要な知識についての講習その他必要な教育を受けています e-ラーニング（ICRweb <a href="http://www.icrweb.jp/icr/">http://www.icrweb.jp/icr/</a> ） e-ラーニング（日本医師会 <a href="https://etrain.jmacct.med.or.jp/">https://etrain.jmacct.med.or.jp/</a> ） その他（ ）	
臨床研究の実績 （最近 3 年間程度）	責任医師として担当した臨床研究実施数： 件 分担医師として担当した臨床研究実施数： 件 （下欄に対象疾患、段階等を具体的に記載し、責任医師として実施した場合は*印をつけること）
主な研究内容、 著書、論文等 （最近 5 年間程度）	

年 月 日作成 \_\_\_\_\_ 印