

履 歴 書 (治験責任医師・治験分担医師)

治験責任医師 治験分担医師

氏名・生年月日 及び所属・職名	(ふりがな) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	所属・職名	
医療機関名 所在地	先端医療センター 兵庫県神戸市中央区港島南町二丁目2番	
最終学歴	大学 大学院	大学医学部・医科大学 大学医学部・医科大学 年卒 修了
勤務歴	病院	科 (年 月～ 年 月)
	病院	科 (年 月～ 年 月)
	病院	科 (年 月～ 年 月)
	病院	科 (年 月～ 年 月)
	病院	科 (年 月～ 年 月)
専門分野		
所属学会等		
認定医等の資格		
主な研究内容 著書・論文等	(多い場合は別紙に記載し添付する)	
治験の実績	過去2年間に実施した治験の対象疾患名、開発相、概略の実施被験者数等を記載。 治験責任医師として実施した場合には○印を付す。	
備考		

以上、相違ありません。

医師名： _____ 印

※本履歴書は原本を2部作成し、病院長及び治験依頼者が保管する。

※その他の文書：治験を適正に実施しうることを証するその他の適切な文書等がある場合は、本書に添付する。