西暦　　　　年　　月　　日

履　歴　書

（小児治験ネットワーク中央治験審査委員会委員用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名 |  | | | |  |
| 所属機関 |  | | | | |
| 所属・職名 |  | | | | |
| 学歴（大学） | 大学　　　　　　学部　西暦　　　年卒 | | | | |
| 免許 | □医師　　　□歯科医師　　　□薬剤師　　　□看護師  □その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 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～現在： | | | | |
| 専門分野 |  | | | | |
| 所属学会等 |  | | | | |
| 主な研究内容、  著書･論文等 |  | | | | |
| 治験・製造販売後  臨床試験の実績  （過去2年程度） | 項目 | 医薬品 | 医療機器 | 再生医療等製品 | |
| 実施件数 | 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 | | | | |
| 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。