

(注意) 本履歴書は国際共同治験等で要求される ICH 対応の履歴書につき、原則、IRB での審査では使用しない。(IRB で要請のある場合のみ使用)

西暦 年 月 日

履歴書 (ICH対応)

(☐ 治験責任医師 ☐ 治験分担医師)

ふりがな				
氏名				
医療機関	近畿大学病院			
所属・職名				
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				
専門性に関する論文数、出版数等 (過去2年程度)	専門に関する論文数 : 報 専門に関する出版数 : 冊 (共著含む)			
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			
GCPに関する研修歴 〔年度、主催者〕 (過去2年程度)	例) 2008年度、厚生労働省 (特定の試験に特化したスタートアップ研修等は相当しません)			

* : 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。

注) 本書式は当該医師が入力し、臨床試験管理センターが電子ファイル保存する。試験開始までにセンターに提出し、必要時プリントアウトした用紙に捺印する。初回提出後約6ヶ月で内容の再確認を行う。