

様式 1 (研究責任医師→研究依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 調査 (使用成績・特定) 2. その他

研究責任医師履歴書

医師の氏名、生年月日 及び所属・職名等	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日	西暦 年 月 日
	医 療 機 関 名	独立行政法人国立病院機構 箱根病院
	所 属 ・ 職 名	
最 終 学 歴	大 学 : 大学 (医・歯) 学部、西暦 年卒業 大 学 院 : 大学 (医・歯) 学部、西暦 年修了	
免 許 等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 免許番号 : ()、西暦 年取得	
認定医等の資格及び 資格取得年	資格の内容 : ()、西暦 年取得 資格の内容 : ()、西暦 年取得 資格の内容 : ()、西暦 年取得	
勤 務 歴 医療機関名、所属、 期間等を記載する。		
専 門 分 野		
所 属 学 会 等		
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。〕		
備 考		

西暦 年 月 日

以上相違ありません。

医師名 : _____ 印

注) 履歴書は、2部 (「研究依頼者」用、「医療機関の長」用) 作成する。作成者は、(写)を各自保管する。なお、研究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。