

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	大正・昭和 (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： 大学院：	大学 (医・歯) 学部、平成 (西暦) 年卒業 大学 (医・歯) 学部、平成 (西暦) 年修了
免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 免許番号： ( )、昭和・平成 (西暦)	年取得
認定医等の資格及び 資格取得年	資格の内容： ( )、昭和・平成 (西暦) 資格の内容： ( )、昭和・平成 (西暦) 資格の内容： ( )、昭和・平成 (西暦)	年取得 年取得 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		

平成 (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。