様式R2

受付番号：

**研究責任者履歴書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究責任者の所属 | 所　　属　： | | | |  |
| （職名及び氏名） | 職　　名　： | | | |  |
|  | 氏　　名　： | | | |  |
| 免許 | □医師  □（　　　　　　） | 免許番号（　　　　　　　） | 取得年 | 西暦　　　　年 |  |
|  | 大　　学　： | | | |  |
| 学歴 | （　　　　　　年卒業） | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 専門分野 |  | | | |  |
| 所属学会等 |  | | | |  |
| 取得資格  （認定医等） |  | | | |  |
| 研究実施経験の有無  （最近2年間） | □有　・　□無 | | | |  |
| ライセンス登録の有無 | □有　・　□無  ✽本学における「人を対象とする生命科学・医学系研究のための教育講座」  または「人を対象とする非医学系研究のための教育講座」を受講した際に発行されるライセンスのこと。 | | | |  |
| 手術の場合のみ | □研修記録（写）  　□認定書（写） | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 備　　考 |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

　　　西暦　　年　　月　　日作成

以上の履歴で相違ないことを証明いたします。

　　　　　　　　　研究責任者

　　　　　　　　　 所属・職名：

　　　 　　　　　　氏　　　名：