1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.1.** | **Adı soyadı:**  |
|  |
| **A.2.** | **Doğum tarihi ve yeri:**  |
|  |
| **A.3.** | **Yabancı dil bilgisi:** |
|  |
| **A.4.** | **Görev yeri:** |
|  |
| **A.5.** | **E-posta adresi:** |
|  |  |
| **A.6.** | **Telefon:** |

1. **EĞİTİM BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **B.1.** | **Mezun olduğu üniversiteyi / fakülteyi** **lütfen belirtiniz**:       |
|  |
| **B.2.** | **Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz** *(yıl olarak)*:       |
|  |
| **B.3.** | **Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:**       |

1. **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **C.1.** | **Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz:** |

1. **KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

***Bu bölümde verilen bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihliden yeni tarihliye doğru sıralanmalıdır.***

|  |  |
| --- | --- |
| **D.1.** | **İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtini*z*:**       |
|  |
| **D.2.** | **Varsa, araştırmacı olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:**       |
|  |
| **D.3.** | **Varsa, izleyici (monitör) olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:**       |
|  |
| **D.4.** | **Varsa, saha görevlisi olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:**       |
|  |
| **D.5.** | **Varsa, araştırma eczacısı olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:**       |

1. **ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| **E.2.** | **Özgeçmiş Sahibi** |
| **E.2.1.** | El yazısıyla adı soyadı:        |
| **E.2.2.** | Tarih (gün/ay/yıl olarak):       |
| **E.2.3.** | İmza:       |