1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.1.** | **Adı soyadı:** |
|  | |
| **A.2.** | **Doğum tarihi ve yeri:** |
|  | |
| **A.3.** | **Yabancı dil bilgisi:** |
|  | |
| **A.4.** | **Görev yeri:** |
|  | |
| **A.5.** | **İletişim bilgileri** *(e-posta adresi / telefon)***:** |

1. **EĞİTİM BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **B.1.** | **Mezun olduğu üniversite / 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**

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