1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Adı soyadı:** |
|  | |
|  | **Doğum tarihi ve yeri:** |
|  | |
|  | **Yabancı dil bilgisi:** |
|  | |
|  | **Görev yeri:** |
|  | |
|  | **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: |