|  |
| --- |
| **A. KİŞİSEL BİLGİLER***(Tüm bilgiler eksiksiz olarak doldurulmalıdır)* |
| A.1. | ADI- SOYADI |  |
| A.2. | DOĞUM TARİHİ VE YERİ |  |
| A.3. | YABANCI DİL BİLGİSİ |  |
| A.4. | GÖREV YERİ |  |
| A.5. | İLETİŞİM BİLGİLERİ | Açık adres |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **B. EĞİTİM BİLGİLERİ** *(Tüm bilgiler sırasıyla eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Mezuniyet tarihi yıl olarak verilmelidir)* |
| DERECE | ÜNİVERSİTEFAKÜLTE / ENSTİTÜ | BÖLÜM / ALAN | MEZUNİYET TARİHİ |
| B.1. | LİSANS |  |  |  |
| B.2. | LİSANSÜSTÜ | YÜKSEK LİSANS |  |  |  |
| DOKTORA |  |  |  |
| B.3. | TIPTA UZMANLIK |  |  |  |
| B.4. | AKADEMİK ÜNVAN |    |

|  |
| --- |
| **C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER***(Tüm bilgiler sırasıyla eksiksiz olarak doldurulmalıdır).* |
| BUGÜNE KADAR ÇALIŞTIĞI KURUM / KURULUŞLAR *(Bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihliden yeni tarihliye doğru sıralanmalıdır. Gerektiğinde satırlar çoğaltılabilir)* |
|  |

|  |
| --- |
| **D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER***(Tüm bilgiler sırasıyla eksiksiz olarak doldurulmalıdır).* |
| D.1. | İyi Klinik Uygulamalar (İKU) konusunda eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz |
|  |
| 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 |
|  |

|  |
| --- |
| **E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI***(Bu bölüm özgeçmiş sahibi tarafından kendi el yazısı ile doldurulacaktır)* |
| E.1. | ADI- SOYADI | TARİH | İMZA |
|  |  |  |