|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | ÜNİVERSİTE  FAKÜLTE / 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 |
|  |  |  |