**Mentor Application Form**

**メンター　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| Section 1: 個人情報 | |
| 肩書 | Dr Mr Mrs Ms  Other ( ) |
| 氏名 |  |
| 住所：  電話番号：  携帯電話番号：  E-mail： |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Section 2:　要件/経験 (申込者は全ての要件を満たしていなければなりません) | | |
| a) | 生命科学または医学分野の学位を有する | はい いいえ |
| b) | 医薬品開発領域で8年以上の経験を有し、医薬品開発科学や製薬医学に関連する知識を実践できる | はい いいえ |
| c) | メンターとしての承認に先立ってSMDの実務委員会(\*)が提供するメンター用導入トレーニングを受け、必要に応じて継続的にトレーニングを受講する意思がある | はい いいえ |
| d) | 状況が許す限り、SMDの認定取得までの全期間を通じてメンターとして担当する意思があること、及びSMDの国内評価委員会(\*\*)の管理監督のもとで実務委員会(\*）が実施する年次レビューに参加する意思がある | はい いいえ |
| e) | 医薬品開発科学や製薬医学に関連した継続研修を積極的に受講する意思がある | はい いいえ |

（注：\*、\*\*はJAPhMed、ACRP-JAPAN、EFPIA-JAPANの３組織が共同で構成するSMDプログラム実施のための委員会）

|  |
| --- |
| Section 3: 合意事項 |
| 本申込書を提出することにより、私は下記事項に合意いたします。   * メンターとしての承認に先立ってメンター用導入トレーニングを受け、約2年ごともしくは必要に応じてリフレッシュ研修に参加すること * メンターとして担当する意思があり、メンターを担当するにあたり要する時間を認識していること * 受講者のSMDプログラムガイドラインに沿ったトレーニング実施状況を管理監督すること * 年次レビューに参加する意思があること * 必要に応じて、適切な期間（例：12ヶ月間）SMD登録者をサポートする意思があること * SMD Certificate更新プロセスに携わること * 職場外メンターの場合、受講者のビジネスに関わる事項の秘密保持に配慮すること |

|  |
| --- |
| Section 4: 個人情報の利用目的 |
| あなたの個人情報は、SMD事務局，SMD評価委員会（グローバルの評価委員会含む），SMD実務委員会内で，あなたをメンターとして承認し，あなたとSMD事務局との連絡を効率的に行うために使用させて頂きます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| メンター申込者　氏名 |  |
| 日付 (年年年年/月月/日日) |  |

================================================================================

SEG & nPCB使用欄：

|  |  |
| --- | --- |
| SEG確認日  (年年年年/月月/日日) |  |
| nPCB確認日  (年年年年/月月/日日) |  |
| nPCB　備考 |  |
| 評価結果 | SMDプログラムに適切  不適切 (下記の要対応事項を参照)： |