附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中山大学附属第一医院CRA/CRC信息登记表** V1.0 20230510 | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | | 本人照片 |
| 学历 |  | 专业 | |  | 职务 |  | |
| 联系电话 |  | 毕业学校 | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | E-MAIL（常用）： | | | |
| 教育背景 | 起止年月 | | 就读学校 | | 专业 | | 学历 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 工作经历 | 起止年月 | | 实习或工作单位 | | 岗位 | | 负责的具体工作 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| GCP培训记录 | 起止年月 | | 培训情况 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 既往承担临床试验/  研究情况  （近三年） |  | | | | | | | |
| 本人承诺：以上所填写的内容全部属实，并愿为内容的真实性负责。 填表人签名： 日期： | | | | | | | | |