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： |