**附件4**

**中山大学附属第一医院**

**国家药物临床试验机构进修申请表（研究医生）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 民 族 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 科 室 |  | | 职 务 |  | | 职 称 |  |
| 联系电话 |  | | 邮 箱 |  | | 学 历 |  |
| 毕业院校 |  | | 专 业 |  | | 进修科室 |  |
| 是否有GCP证书 | □是 □否 | | GCP证书类型 | □药物 □医疗器械 | | | |
| 计划进修时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | |
| 申请人承诺 | | 本人承诺：  1. 本表所填的信息均真实有效，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。  2. 本人保证在参与中山一院注册类临床试验期间，严格遵守以下事项：  （1）能遵循 《药品管理法》、《药品注册管理办法》、《药物临床试验质量管理规范》等相关法律法规、临床试验方案、SOP、伦理委员会及医院规章制度的要求开展临床试验；  （2）严格按照分工授权的范围开展临床试验；  （3）对试验方案等项目信息和受试者相关信息严格保密，不会复制及外泄。  如违反以上事项，本人愿意承担由此带来的法律后果！ | | | | | |
| 申请人签名： 日期： | | | | | |
| 选送单位意见 | | 负责人： （签名、盖公章）  年 月 日 | | | | | |
| 接收临床  科室意见 | | 负责人： （签名、盖公章）  年 月 日 | | | | | |

填表说明：1. 请注意选送单位公章应该与工作部门一致。

2. 本表请双面打印。