**附件：**

**广东省临床医学学会-临床医学研究中心-临床研究质量保证部**

**骨干纳新申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 年 龄 |  | 单位名称 |  |
| 最高学历 |  | 科室/部门 |  |
| 专业技术  职称 |  | | 职务 |  |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 学术任职 |  | | | |
| 主要工作  经历 | 起止时间 | | 工作单位及科室或部门 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 参加临床  研究情况（如无，填NA） | 项目起止时间 | | 项目名称 | 主研或参研 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 近5年主要临床试验质量管理经验 | （含各类临床研究的质量检查/稽查/监查/国家级或省级数据现场核查等，或临床研究相关管理经验） | | | |
| 申请人  签名 | 以上信息属实。  签名： 日期： 年 月 日 | | | |