附件2

大医二院药物临床试验机构新PI培训报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 职 务 |  | 职 称 |  |
| 邮 箱 |  | 电 话 |  |
| 所在科室 |  | 是否具有足够培训时长（3个月） |  |
| 是否持有2020版GCP证书 |  | 是否需要授权3个临床试验项目 |  |
| 既往培训经历和备案情况（既往是否已备案，备案时间、专业等） |  |

注：进修学员需按时参加培训课程，同时签署保密协议和相关声明。