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。