**简 历**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | | 照片 | | |
| 职 务 |  | | 职 称 |  | | |
| 专 业 |  | | 学 历 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 教育背景： | | | | | | | | | |
| 工作经历： | | | | | | | | | |
| 社会任职： | | | | | | | | | |
| GCP/伦理审查培训 | | | | | | | | | |
| 承担药物临床试验或科研课题的情况（近三年） | | | | | | | | | |
| 试验/课题名称 | | 试验/课题来源2 | | | 负责人/参与者 | | | 是否完成 | |
| 负责人 | 参与者 | | 是 | 否 |
|  | |  | | | □ | □ | | □ | □ |
|  | |  | | | □ | □ | | □ | □ |
|  | |  | | | □ | □ | | □ | □ |
| 签名： 日期： | | | | | | | | | |

备注：1.培训记录：根据实际情况填写。

2.试验来源：请填写申办者名称。