附件1

**桂林医学院附属医院**

**药物临床试验机构进修申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓 名： 出生日期：职 称：执业范围：联系电话：  | 性 别： 科 室：职 务： 执业证号：邮 箱：  | （照片） |
| **学习经历** | 起止时间 | 院校 | 专业及学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **工作经历** | 起止时间 | 单位 | 职称/职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **技术专长** |  |
| **GCP和相关法规****培训情况** |  |
| **计划进修时间及****进修内容** |  |
| **申请人签名及日期** | 已提交以下资质证明性文件：£专业技术资格证书 £学历/学位证书 £GCP证书 £其他： 签名： 年 月 日 |
| **申请人所在部门****审核意见** |   年 月 日（盖章） |

 **填表日期： 年 月 日**