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**