研 究 者 履 历

（研究团队职务： ）

研究单位和编号：成都市第六人民医院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究者姓名 |  | 性别 | □男 □女 | |
| 出生年月 |  | 专业 |  | |
| 工作单位 |  | SOP培训 |  | |
| 职务/职称 |  | GCP培训 |  | |
| 联系电话 |  | 电子信箱 |  | |
| **教育经历** | | | | |
| 时间 | 机构 | | | 获得学位/证书 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **工作简历** | | | | |
| 时间 | 机构 | | | 岗位/职务 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **临床研究简历** | | | | |
| 时间 | 研究名称 | | | 承担工作 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| 签名： | | 签名日期： | | |

（一式二份，一份机构办备存，一份报伦理委员会）

|  |
| --- |
| 附1.学历证 |
| 附2.学位证 |

|  |
| --- |
| 附3.职称证 |
| 附4.GCP证书（药物） |
| 附5.GCP证书（器械） |
| 附6.其它证书 |