附件

**中国儿科人群临床试验协作网第四批成员单位申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医院名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **医院院长（或）临床试验机构主任** | 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| **单位联络人** | 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| **办公电话** |  | 传真 |  |
| **电子邮箱** |  | 邮编 |  |
| **申请单位意见** |  以上所填内容的真实、准确，我单位现申请加入中国医院协会中国儿科人群临床试验协作网第四批成员单位。 签字：年 月 日 （盖章）  |
| **中国医院协会意见** | 协会意见： 签字： 年 月 日  |