附件

**中国医院协会精神药物临床试验协作网成员单位申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医院名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **医院领导（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** |  我单位申请自愿加入中国医院协会精神药物临床试验协作网，并保证以上信息内容真实、准确。 签字：年 月 日 （盖章）  |
| **中国医院协会意见** | 协会意见： 签字： 年 月 日  |