

2026 中国儿科人群临床试验协作网年会 暨药械临床试验能力提升培训班通知

各有关单位：

为深入贯彻落实《药品管理法实施条例》《生物医学新技术临床研究和临床转化应用管理条例》及 ICH E6 (R3) 等最新法规和指南要求，凝聚全国儿科临床研究力量，推动儿科临床试验从“合规检查”向“有效性评估”转型，提升儿科人群临床试验的质量与风险防控能力，中国医院协会联合浙江大学医学院附属儿童医院定于 2026 年 5 月 21 日~23 日在杭州举办“中国儿科人群临床试验协作网年会暨药械临床试验能力提升培训班”。现将会议有关事项通知如下：

一、培训内容

本次会议设年会主旨报告及专题研讨、新版临床试验政策法规培训两大板块，主要涵盖以下内容：

1. 国务院令 818 号文件生物医学新技术临床研究与临床转化应用的政策解读；
2. 新版药物 GCP 修订动向——从合规检查到有效性评估的监管转型；
3. 基因治疗、细胞治疗在儿科领域的应用与挑战（试验设计、安全性、公平获取等）；

4. 生物医学新技术临床试验的伦理考量；
5. 中国儿科人群临床试验发展与儿童药械创新发展；
6. ICH E6 (R3) 最新指南解读与临床试验风险防控体系构建；
7. 基于风险的检查/监查/质控实操；
8. 数字化新工具：电子知情、可穿戴设备、远程访视的合规实操；
9. 药物/器械临床试验注册核查要点及判定原则。

二、培训对象

协作网成员单位相关人员，各医疗机构临床试验专业组负责人、研究者，临床试验机构管理人员、质量管理人员，伦理委员会成员，临床研究协调员（CRC）、研究护士（CRN），医药企业药物研发相关人员，CRO、SMO 等单位从业人员，高校与研究机构相关专业人员等。

三、会议安排

（一）注册报到：

1. 注册报到时间：2026 年 5 月 21 日 10:00-18:00，2026 年 5 月 22 日 8:00-10:00。

2. 注册报到地点：浙江大学医学院附属儿童医院滨江院区 3 号楼二楼阶梯会议室门口（滨江区滨盛路 3333 号）。

（二）培训会议：

1. 会议时间：2026 年 5 月 22 日 8:30-12:00、14:00-17:30，

5月23日8:30-12:00。

2. 会议地点：浙江大学医学院附属儿童医院滨江院区3号楼二楼阶梯会议室（滨江区滨盛路3333号）。

3. 会议形式：现场会议。

四、相关事项

1. 每名参会代表培训费500元/人，培训合格者，将颁发培训证书。

2. 参会代表交通食宿费用自理。会议地点停车位紧张，建议优先选择公共交通出行。

3. 报名参会请扫描右侧二维码报名缴费，开具中国医院协会增值税普通电子发票（重要提示：请在缴费当天完成发票开具申请）。报名截止日期：5月15日。（附言请注明“学员姓名+单位+儿科年会”；请将汇款截图发至会务邮箱，并由会务组网上确认报名是否成功）。



4. 申请中国医院协会会员单位，请电话咨询010-62352933（请注明“儿科年会”）。查询会员状态请登陆协会官网（www.cha.org.cn）“会员服务”版块。

5. 住宿安排：有住宿需求的参会代表可以参考下方信息预订周边酒店，联系酒店时报“GCP培训”即可享受协议价（房源有限，建议提早预定），也可自由选择其他酒店住宿。

(1) 全季杭州滨江滨盛路店

高级大床房 400 元/天含早，双床房 450 元/天含早

联系人：杨柳柳 13262304062

(2) 宜必思尚品杭州滨江宝龙城店

高级大床房 340 元/天含早，双床房 360 元/天含早

联系人：杨柳柳 13262304062

(3) 杭州华美达大酒店

高级大床房、高级双床房 360 元/天含早

联系人：王倩 15088692386

(4) 建国璞隐杭州滨江奥体星光大道店

高级大床房 360 元/天含早，高级双床房 380 元/天含早

联系人：叶淑珍 18868785582

(四) 联系方式

1. 浙江大学医学院附属儿童医院

联系人：王瑞 李春梅

联系电话：0571-86670079、13735871347

电子邮箱：wangrui0225@zju.edu.cn

2. 中国医院协会

联系人：隗秀荣 李永斌

联系电话：010-62360730、010-62353392

电子邮箱：chazgyyxh@163.com

传 真：010-84270958

谨此，中国医院协会诚挚邀请各有关部门领导、各级各

类医院管理者、行业专家学者共襄本次会议，为推进临床试验能力提升与医院高质量发展贡献智慧与力量。

衷心感谢贵单位的大力支持！

附件：参会回执



附件

2026 中国儿科人群临床试验协作网年会 暨药械临床试验能力提升培训班参会回执

(5月21日~23日, 浙江杭州)

单位						邮编	
地址							
电话		传真		邮箱			
联系人 或负责人		职务		手机 (必填)		邮箱 (必填)	
参会代表 1		职务		手机		邮箱	
参会代表 2		职务		手机		邮箱	
参会代表 3		职务		手机		邮箱	
参会代表 4		职务		手机		邮箱	
参会代表 5		职务		手机		邮箱	
参会代表 6		职务		手机		邮箱	
参会代表 7		职务		手机		邮箱	
备注	1. 报名参会请邮箱 chazgyyxh@163.com 或传真 010-84270958 发送至协会。参会代表食宿和交通费用自理。 2. 申请中国医院协会会员单位, 请电话咨询 010-62352933。查询会员状态请登陆协会官网 (www.cha.org.cn) “会员服务” 版块。 3. 此表复制有效。						