附件2：

**中国医院协会药物临床试验机构备案管理评估**

**专家库成员申报推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | | |  | | 出生  年月 | |  | | | | （贴照片处） |
| 职 称 |  | 职务 | | |  | | 学历 | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | | 邮编 | | |  |
| 办公电话 |  | | | 手机 | |  | | | | 传真 | | |  |
| 电子邮件 |  | | | 专业 | |  | | | | 身体状况 | | |  |
| 有国家药监局药物临床试验检查员资格 | | | | | | 是□ | | | | | | 否□ | |
| 参加过药物临床试验机构资格认定工作 | | | | | | 是□ | | | | | | 否□ | |
| 专家承诺 | 我保证所填内容的真实性、准确性，若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。我愿意承担药物临床试验机构评估工作，并保证严格遵守药物临床试验机构备案管理评估工作有关规定，做到客观公正，遵守有关保密规定。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 单位推荐  意见 | 联 系 人 | |  | | | | | 传 真 | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 电子邮件 | | |  | | |
| 负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |