

中国医院协会药物临床试验机构培训申请表

填表日期： 年 月 日

培训单位						
培训单位基本情况	经营性质		医疗机构类型		法定代表人	
	机构认定	☐ 有 ☐ 无	机构备案	☐ 有 ☐ 无	开展试验项目数量	
	联系人		电话		邮箱	
培训内容	☐1. 药物临床试验最新相关法规、政策及解读 ☐2. 临床试验管理制度和 SOP 制定的原则 ☐3. 伦理委员会的职责与审查要点 ☐4. 临床试验的安全性评价 ☐5. 临床试验药物规范管理 ☐6. I/II/III期临床试验项目设计与实施要点 ☐7. 机构和项目质量的监管 ☐8. 其他_____					
希望培训时间						
培训单位意见： 我单位现申请开展中国医院协会药物临床试验机构培训，请予以同意。 培训单位负责人签字： 年 月 日（盖章）						
以下内容由中国医院协会填写						
中国医院协会意见： 中国医院协会负责人签字： 年 月 日						