**深圳大学总医院药物临床试研究人员简历**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室： | | | | | 编号： | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | 年 月 |  |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | 职业 | |  |
| 职称 |  | | 学历 |  | 学位 | |  |
| 办公电话 | |  | | 移动电话 |  | | |
| 电子邮件 | |  | | | | | |
| 所学专业 | |  | | 现从事专业 | |  | |
| 工作和教育简历  （请同时附上执业医师/药师/护士执照、其他专业资格证书复印件） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 培训情况  （请注明培训班名称、举办单位、日期、是否获得证书并附上证书复印件） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 曾承担或参与的临床试验项目情况 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 发表的相关论文、著作、专利与相关课题 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 我愿意参与临床试验项目，并自觉履行相关法规制度与操作规程  签名：  日期： | | | | | | | | |

*注：此表每5年更新1次，如有变化可以及时更新，请填写最新内容*