**深圳大学总医院药物CRC简历**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | |  |
| 出生年月 |  | | | 民族 | |  | | |
| 籍贯 |  | | | 学历 | |  | | |
| 所学专业 |  | | | GCP工作年限 | |  | | |
| 移动电话 |  | | | 电子邮件 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | | |
| 工作和教育简历 | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 单位 | | | 职位及工作描述 | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| 起止时间 | | 学校 | | | 专业 | | 学历 | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
| 培训情况 | | | | | | | | | |
| 获证时间 | | | 培训名称 | | | | | 培训单位 | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |
| 简述参与的临床试验项目情况 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 我愿意参与深圳大总医院委派给我的临床试验项目工作，并自觉履行GCP及相关规定。  我保证不拥有与作为该临床试验参与的责任相冲突的任何经济或非经济利益、任何直接或间接的义务和责任，若存在相关利益冲突，我将主动向机构办公室声明并回避该临床试验。  我承诺遵守有关临床试验所有文件档案包括方案、知情同意书、研究者手册、研究病历及CRF等，遵守受试者信息和相关事宜的保密原则，如违背承诺，将承担由此而导致的法律责任。  签名：  日期： | | | | | | | | | |