陕西省中医医院CRA/CRC人员简历

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 毕业学校 |  | 学历 | |  | 专业 |  |
| 联系电话 |  | E-MAIL | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 教育背景 | 起止年月 | | 就读学校 | | 专业 | | 学历 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 工作经历 | 起止年月 | | 实习或工作单位 | | 岗位 | | 工作内容 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| GCP  培训情况  （近三年） | 起止年月 | | 培训内容 | | 取得证书 | | 发证单位 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 既往承担  临床试验/  研究情况  （近三年） | 治疗领域 | | 适应证 | | 项目角色/试验分期 | | 参与时间 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 本人承诺：以上所填写的内容全部属实，并愿为内容的真实性负责。  填表人签名： 日期： | | | | | | | |