**武汉市第三医院医学伦理委员会**

**主要研究者专业履历**

|  |
| --- |
| 一、个人信息 |
| 姓名 |  | 就职单位 |  |
| 性别 |  | 所在科室 |  |
| 年龄 |  | 职称 |  |
| 学历 |  | 职务 |  |
| 联系方式 |  | 电子邮箱 |  |
| 二、教育经历 |
| 时间起始 | 单位/机构 | 学位/资格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 三、专业培训经历（过去5 年与此项目相关） |
| 时间起始 | 单位/机构 | 培训证书 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 四、工作经历 |
| 时间起始 | 单位/机构 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 五、学术任职（过去5 年与此项目相关）  |
| 时间起始 | 学术团体/组织 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 六、临床研究资格及经历 |
| 是否已获得GCP证书（需复印件附件） | □是 □否 |
| 获得证书的时间 |  |
| 是否具有相关的临床试验培训经历 | □是 □否 |
| 是否具有涉及人的药物/器械临床试验经历 | □是 □否 |
| 是否担任过主要研究者/项目负责人 | □是 □否 |
| 是否具有国际多中心临床试验经历 | □是 □否 |
| 是否具有国内多中心临床试验经历 | □是 □否 |
| 是否担任过组长单位 | □是 □否 |
| 以主要研究者身份开展的临床试验共计几项 |  |
| 目前在研（仍未结题）的项目共计几项 |  |
| 七、参与的临床研究项目（过去5 年与此项目相关） |
| 序号 | 项目名称（项目性质-项目来源） | 是否已结题 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **填写人声明：**1. **真实性：**本表格内所写内容真实有效，若非真实，责任由本人自负。
2. **利益冲突：**我作为本临床研究的主要研究者，在此研究中不存在经济上、物质上、以及社会关系方面的利益冲突。倘若在研究开展过程中发现目前尚未知晓的利益冲突，我将及时向医学伦理委员会报告。
 |
| 主要研究者签字 |  | 日期 |  |