|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **广东省药学会药物临床试验专业委员会 药物临床试验机构评估申请表** | | | | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 申请评估机构 |  | | | | | | | |
| 申请评估机构  基本情况 | 经营性质 |  | | 医疗机构等级 |  | | 法定代表人 |  |
| 联系人 |  | | 电话/传真 |  | | 邮箱 |  |
| 机构获GCP资格情况 | | ☐尚未获得 ☐已获得， 年 | | | 已备案专业数 | |  |
| 申请评估内容  （√表示选中，×表示不选） | ☐1.机构（机构办公室、辅助科室等） ☐2.伦理委员会  ☐3.专业数（ 个）：  ☐4.PI和研究团队： （如作为单独评估项，请列明，否则留空）  ☐5.试验药物管理 ☐6.I期研究室  ☐7.其他： | | | | | | | |
| 申请评估时间 |  | | | | | | | |
| 评估委托方 |  | | | | | | | |
| 委托方联系人 |  | | | 电话/传真 |  | | 邮箱 |  |
| 申请评估单位意见：  ☐同意全部所选被评估内容。  ☐同意上述部分评估内容：  申请评估单位负责人签字：  年 月 日（盖章） | | | | | | | | |
| 以下内容由专委会填写 | | | | | | | | |
| 专委会审批意见：  ☐同意承接所选评估内容。  ☐同意承接部分评估内容：  专委会评估负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

请将电子表格发送到gdgcpqwh@163.com，并联系评估项目负责人曹老师13925096603