|  |
| --- |
| **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