**附件：**

**成都市公共卫生临床医疗中心**

**医学伦理委员会委员候选人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸证件照 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 专业 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 教育经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 培训经历（填写GCP、伦理知识培训） |  | | | | | |
| 科研课题和获奖（近5年） |  | | | | | |

申请人签名: 日期: