**广东省医疗器械管理学会医疗器械临床试验专业委员会**

**检查专家入库申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 移动电话 |  |
| 通讯地址 |  | E-mail |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 所在科室 |  |
| 职务 |  | 技术职称 |  |
| 相关检查员情况（可多选） | * CFDI 检查员
* 广东省GCP检查员
* 参与过机构资格认定/复核的检查员
* 其他，请注明：
 |
| 医疗器械/药物GCP工作简历：（300字内） | 参与GCP工作开始时间：GCP工作简历： |
| 申请人承诺 | 本人自愿申请成为广东省医疗器械管理学会医疗器械临床试验专业委员会检查专家，保证以上填报信息真实、准确。申请入库后，本人承诺将严格按照《广东省医疗器械管理学会医疗器械临床试验专业委员会检查专家管理办法（试行）》的要求参与检查工作，并自觉接受各级管理部门监督管理。申请人签字： 年 月 日 |
| 所在单位GCP管理部门意见 | （GCP公章） 年 月 日 |

注：1、工作单位请写全称，高等院校的请写到所在学院。

2、此表下载后采用打印方式，手工填写一律不予受理，请不要改变表格的格式。

3、申请表填写完整后，发送至邮箱：gdqxgcp@163.com。