附件3：CRC备案资料

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRC报到表** | | | | |
| 姓名： | | 所属SMO： | | |
| 身份证号： | | | | |
| CRC电话： | | | | 邮箱： |
| 上级经理： | | | | 上级经理电话： |
| CRC工作经验: 年 | | | | 专业背景： |
| 相关资质 | 申办方、机构与SMO签署协议 | | | 是 □ 否 □ |
| 签署保密协议及利益冲突声明 | | | 是 □ 否 □ |
| 提交个人简历  （附从业经历证明） | | | 是 □ 否 □ |
| 提交GCP证书 | | | 是 □ 否 □ |
| 提交公司委派函 | | | 是 □ 否 □ |
| **参与项目：** | | | | |
| 机构立项号： | | | | |
| PI： | | | 承担科室： | |
| 申办方： | | | 是否通过伦理审查： 是/否 | |
| 参与项目时间： | | |  | |
| 院外CRC 签名： | | | PI/Sub-I确认：  日期： | |
| 签名日期： | | |  | |
| **专业组联络员确认：**  **日期：** | | | 机构办报到完毕确认：  日期： | |

**个 人 简 历**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | |
| 单 位 |  | | | | | | |
| 电 话 |  | | 电子邮箱 | | |  | |
| 地 址 |  | | | | | | |
| **教育经历** | | | | | | | |
| 起始时间 | 结束时间 | 就读院校 | | | | 专业 | 学历 |
|  |  |  | | | |  |  |
| **工作经历** | | | | | | | |
| 起始时间 | 结束时间 | 工作单位 | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| **GCP培训情况** | | | | | | | |
| 培训时间 | 培训单位 | | | 培训内容 | | | |
|  |  | | |  | | | |
| **项目经验** | | | | | | | |
| 项目名称 | | | | 研究中心 | | | 职责 |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| **签 名** |  | | | **日 期** |  | | |

南方医科大学皮肤病医院药物临床试验机构

临床试验信息保密承诺书

本人在此郑重申明，本人完全了解有关南方医科大学皮肤病医院药物临床试验机构保密制度，知悉应当承担的保密义务和法律责任，本人庄重承诺：

一、认真遵守国家保密法规，履行保密义务；

二、不提供虚假个人信息，自愿接受保密审查；

三、不违规记录、存储、复制信息，不违规留存信息载体；

四、不以任何方式泄露所接触和知悉的信息；

五、未经单位审查批准，不擅自发表涉及未公开工作内容的文章、著述；

六、如若南方医科大学皮肤病医院提出要求或者本人任职终止，本人应立即归还包含所有保密信息的全部文件、资料、档案和/或记录给南方医科大学皮肤病医院。

本承诺内规定的各项义务从本人签字之日起生效，若违反上述承诺，自愿承担法律责任。

承诺人（正楷）：

承诺人（签名）：

日 期： 年 月 日

南方医科大学皮肤病医院药物临床试验机构

临床试验利益冲突声明

声明人身份

□主要研究者 □研究者 □视察员/稽查员 □CRA □CRC

□临床试验机构工作人员 □伦理委员会人员

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我同意参加南方医科大学皮肤病医院临床试验工作或相关检查工作，为了符合要求，我声明如下:

1. 不存在与我工作职责相冲突的任何个人经济利益或非经济利益以及任何直接的义务和责任。
2. 如果在临床试验过程和相关检查过程中，出现任何与临床试验有关的利益冲突（例如：购买申办者公司的股票，接受申办者提供的科研经费、赠予的礼品、仪器设备、顾问费或专家咨询费等），我将立即向药物临床试验机构办公室报告，并从该临床试验过程或检查过程中退出。

签名：

日期： 年 月 日

联系电话：

CRC项目派遣函

由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_公司申办的 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_研究，（立项编号CXXXX），在南方医科大学皮肤病医院,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科开展，主要研究者是\_\_\_\_\_\_。

现由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_公司委派临床研究协调员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，在遵守GCP原则下协助研究者完成该项目任务授权表内的相关工作。

委派方：

盖章：

日期：