研究护士专业履历

**Research Nurses Curriculum Vitae**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、个人信息 | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | 就职单位 | | |  | | |
| 性别 | | |  | | 所在科室 | | |  | | |
| 年龄 | | |  | | 职称 | | |  | | |
| 学历 | | |  | | 职务 | | |  | | |
| 联系方式 | | |  | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 二、教育经历 | | | | | | | | | | |
| 时间起始 | | | 单位/机构 | | | | | 学位/资格 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| 三、专业培训经历（近5 年） | | | | | | | | | | |
| 时间起始 | | | 单位/机构 | | | | | 培训证书 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| 四、工作经历 | | | | | | | | | | |
| 时间起始 | | | 单位/机构 | | | | | 职务 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| 五、学术任职（近5 年） | | | | | | | | | | |
| 时间起始 | | | 学术团体/组织 | | | | | 职务 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| 六、临床研究资格及经历 | | | | | | | | | | |
| 是否已获得GCP证书（需证书复印件） | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 获得证书的时间 | | | | | |  | | | | |
| 是否具有相关的临床试验培训经历 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 是否具有涉及人的药物/器械临床试验经历 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 是否担任过主要研究者/项目负责人 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 是否具有国际多中心临床试验经历 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 是否具有国内多中心临床试验经历 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 是否担任过组长单位 | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 以主要研究者身份开展的临床试验共计几项 | | | | | |  | | | | |
| 目前在研（仍未结题）的项目共计几项 | | | | | |  | | | | |
| 七、近5 年参与的临床研究项目（限填写5项） | | | | | | | | | | |
| 序号 | 项目名称（项目性质及来源） | | | | | | 身份 | | | 是否结题 |
| 1 |  | | | | | | □PI  □Sub I  □研究护士 | | | □是  □否 |
| 2 |  | | | | | | □PI  □Sub I  □研究护士 | | | □是  □否 |
| 3 |  | | | | | | □PI  □Sub I  □研究护士 | | | □是  □否 |
| 4 |  | | | | | | □PI  □Sub I  □研究护士 | | | □是  □否 |
| 5 |  | | | | | | □PI  □Sub I  □研究护士 | | | □是  □否 |
| **填写人声明：**   1. **真实性：**本表格内所写内容真实有效，若非真实，责任由本人自负。 2. **利益冲突：**我作为本临床研究的主要研究者，在此研究中不存在经济上、物质上、以及社会关系方面的利益冲突。倘若在研究开展过程中发现目前尚未知晓的利益冲突，我将及时向机构办公室及伦理委员会报告。 | | | | | | | | | | |
| 研究护士签字 | |  | | 日期 | | | | | 年 月 日 | |