附件：

湖北省药品监督管理局医疗器械临床试验检查员推荐表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴  照  片  处 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 学历/学位 |  | 职务/职称 |  |
| 所学专业 |  | | 现从事岗位 |  |
| 工作单位 |  | | 身份证号码 |  |
| 电话 |  |
| 移动电话 |  | | E-mail |  |
| 工  作  经  历 | （包括时间、单位、工作内容及所从事的专业） | | | |
| 近三年药械临床试验检查经历 |  | | | |
| 所  在  单  位  意  见 | 本表所填信息真实、准确，经我单位审核，同意推荐该同志作为湖北省药品监督管理局药医疗器械GCP检查员。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |
| 附  件 | 1.身份证复印件  2.国家局GCP培训证书及参加相关国家局、省局检查文件复印件等 | | | |

填表说明：

1.本表一律采用A4纸张，空表可以复印，也可以通过省局网站下载。

2.“学位”栏中填写获得国家教育行政部门认可的最高学位。

3.“技术职称”栏中填写主管部门评定的专业技术职称。

4.“所在单位意见”栏加盖公章。