附件1：

**临床科研星耀计划——区域龙头医院GCP培训工程公益项目**

**GCP公益培训项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 联系人 |  | | 电话 |  | |
| 联系地址 |  | | 邮箱 |  | |
| 单位规模 |  | | 单位性质 |  | |
| 计划培训时间 | 月 日 **：**  —— 月 日 **：** | | 预计培训  人数 |  | |
| 培训举办方式 | □线上线下结合 | □线上 | | | □线下 |
| 培训举办地点 |  | | | | |
| 是否需要GCP证书 | □ 需要 人数： □ 不需要 | | | | |
| 申报单位的  要求和问题 |  | | | | |
| 申报意见 | 申报单位领导（签字、公章）：  年 月 日 | | | | |
| 审核意见 | 审核单位领导（签字、公章）：  年 月 日 | | | | |

注：请将此表word版和签章后的PDF版及时发回秘书处邮箱：yuxuan@hiufhi.org.cn；联系人：余 轩，电 话：13651378118 。