**中山大学附属第八医院医疗器械临床试验研究团队成员表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | |
| 研究单位 | |  | | | | 申办方 |  | |
| 临床试验批件号或备案受理号（如适用） | |  | | | | 主要研究者 |  | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 科室 | \*职责 | 是否  有GCP证书 | 联系方式 | 签名 |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |
| 主要研究者确认：  签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

\*职责：1.主要研究者；2.协助研究者；3.研究医生；4.研究护士；5.医疗器械管理员；

6.研究技术人员；7.CRC