**附件4**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院药物临床试验培训证明**

一、被培训人基本情况：

姓名：

单位及专业：

职称：

二、培训内容：

培训时间：从\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月

项目1：

项目2：

项目3：

三、培训结果：

项目1：不合格[ ] 合格[ ] 优秀[ ] （在选择框内打√）

带教老师姓名及科室：

带教老师科室PI：

项目2：不合格[ ] 合格[ ] 优秀[ ] （在选择框内打√）

带教老师姓名及科室：

带教老师科室PI：

项目3：不合格[ ] 合格[ ] 优秀[ ] （在选择框内打√）

带教老师姓名及科室：

带教老师科室PI：

机构办签名：

（单位盖章）

年 月