附件

药审中心儿童用药技术审评临床专家

咨询委员会申请表

个人基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（非必须） |
| 政治面貌 |  | 出生日期 |  |
| 最高学历毕业院校 |  |
| 最高学历 |  |
| 联系方式 | 移动电话 |  |
| 邮箱地址 |  |
| 专业职务 |  | 现工作单位 |  |
| 专业职称 |  | 是否为3级甲等医院 |  |
| 管理职务 |  | 部 门 |  | 岗 位 |  |
| 社会兼职情况（机构/职务） |  |
| 是否参加过药品审评咨询会议 |  |

学术资质信息

请将选中的选项前面的□替换为

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 儿科临床 | □肿瘤内科及外科 | □肿瘤内科（实体瘤）□肿瘤内科（血液肿瘤）□肿瘤内科（淋巴瘤）□肿瘤外科 |
| □血液系统 | □血液病 □出凝血疾病 |
| □内分泌与风湿免疫 | □糖尿病 □免疫系统疾病 □代谢性疾病（如肥胖）□其他（包括甲状腺、下丘脑等） |
| □精神类 | □精神分裂症 □情感性精神病 □精神发育及行为障碍 □其他 |
| □呼吸系统 | □呼吸 □过敏 □呼吸相关睡眠障碍  |
| □麻醉科 | □临床麻醉 □疼痛治疗 |
| □新生儿 |  |
| □心血管系统及肾病 | □高血压 □高脂血症 □心律失常 □心力衰竭 □心血管重症 □肺血管病 □外周血管病 □肾病 |
| □抗感染 | □细菌感染性疾病 □病毒感染性疾病（HIV、慢性病毒性肝炎、狂犬病等） □真菌感染性疾病 □其它感染类:寄生虫等 |
| □消化及外科适应症 | □溃疡性疾病 □肠道疾病 □肝脏疾病 □胃肠道功能性疾病□外科（创伤、血管、烧伤、泌尿等）□外科营养 □其它 |
| □皮肤、五官、妇产科 | □感染性皮肤病（细菌、真菌、病毒等）□自身免疫性皮肤病（银屑病、特应性皮炎等）□皮肤附属器疾病 □感染性眼病□眼前段疾病 □眼视光疾病 □眼底病 □耳鼻喉疾病 □口腔疾病  |
| □神经系统 | □神经发育或遗传性疾病 □癫痫 □神经传导性疾病 □神经免疫 □智力发育或认知障碍 |
| □疫苗 | □预防医学 □流行病学 □疾病控制 □计划免疫 □其他 |
| □细胞/基因治疗 | □体细胞治疗 □干细胞治疗 □基因治疗 □其他 |
| □危重症医学 |
| □超声科 |
| □介入科 |
| □放疗科 |
| □核医学科 |
| □放射科 |
| □病理科 |
| □药物警戒 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个人签字及日期 |  年 月 日 | 单位意见（单位盖章） |  年 月 日 |

备注：专家如实填写内容，单位需审核填写内容真实性。

报名注意事项：1.照片要求为近期一寸免冠照片。2.所属专业领域可多选。3.专家填表过程中若出现某项内容行数不够用的情况，可自主加行补充。4.请专家确定填写信息完整无误后**打印，个人签字并单位盖章**，**扫描发送至etdrugs@cde.org.cn。**