**国家感染性疾病临床医学研究中心**

**分中心申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| **申报单位名称****（盖章）** |  |
| **单位组织机构代码** |  |
| **申报单位基本情况** | **国家临床医学研究中心** | **□是 □否，**如是，请列明具体名称：  |
| **省级临床医学研究中心** | **□是 □否，**如是，请列明具体名称：  |
| **医疗机构等级** | **□三级甲等 □其他，**  |
| **GCP资质** | **□是 □否** 如是，请列明专业名称：  |
| **分中心负责人****相关信息** | **姓名** |  | **性别** |  |
| **出生年月** |  | **职称** |  |
| **联系电话** |  | **职务** |  |
| **电子邮箱** |  | **传真** |  |
| **分中心联系人** | **姓名** |  | **职称/职务** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮箱** |  |
| 1. **申报书概述（限1000字）**
 |
| 1. **本单位建立国家感染性疾病临床医学研究中心分中心的优势和基础（包括研究基础，取得成效，平台建设和临床资源情况等，提供课题、奖励、论文、多单位甚至多中心临床研究、样本资源库、核心团队等情况）**
 |
| 1. **推动感染性疾病专科领域临床及转化的情况或者思路**
 |
| 1. **分中心建设方案和网络构架设想（分中心的组织架构、运行机制、核心人员、部门组成、网络单位、生物样本库、数据库、远程医疗等情况）**
 |
| 1. **研究目标及重点任务（研究提出近期研究目标和远期设想，突出临床实际需求，研究提出分中心的重点研究任务和方案）**
 |

**注：填写完毕后请发送至ncrcid@163.com**