**建德市第一人民医院**

**临床试验伦理审查委员会 年度培训计划**

|  |  |
| --- | --- |
| **培训人员** |  |
| **培训要求** |  |
| **编 号** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **（副）主任委员意见：**  **签名： 日期： 年 月 日** | |