关于招募南宁市第四人民医院医学伦理委员会

委员候选人的通知

各科室及社会各界人士：

南宁市第四人民医院医学伦理委员会第一届委员任期已满5年，根据医院医学伦理委员会章程规定，需进行换届调整，现向院内外公开招募委员候选人，要求如下：

**一、拟招募委员候选人类别及人数：**需为医药专业、法律、伦理学、社会学专家或社区代表等，其中正式委员15名，替补委员若干名。

**二、岗位职责及要求：**

南宁市第四人民医院医学伦理委员会职责：对本院承担或实施的涉及人的生物医学研究项目进行独立、称职和及时的审查。审查范围包括：科研项目、药物临床试验项目、医疗器械临床试验项目以及不以注册为目的药品上市后的临床研究。

伦理委员职责：工作性质属于兼职，每届任期为5年；按照伦理委员会办公室工作安排，需担任送审项目的主审委员，参加伦理审查项目的预审，参加伦理审查（包括会议审查、快速审查等），要求全年参加伦理委员会会议审查的参会率不低于75%。

**三、伦理委员的要求条件**

1.职称及学历要求：医药专业背景人员应具有副高及以上职称，有丰富的临床研究经验；法律、伦理、社会学人员要求本科及以上学历；社区代表要求有志于受试者保护工作，学历不限。

2.专业培训要求：接受过系统的药物临床试验质量管理规范（GCP）及伦理审查培训并获得培训证书者优先考虑。委员履职前，需参加GCP及伦理审查基础培训课程，且每年都需接受GCP和伦理审查相关的继续教育培训。

**四、报名程序**

1.有意向担任我院医学伦理委员会第二届委员候选人的各位专家，请填写附件：南宁市第四人民医院医学伦理委员会委员候选人推荐表（选自荐），将电子版发送至伦理委员会邮箱：nnsylunli@163.com，并将纸质版交至伦理委员会办公室（南宁市第四人民医院8号楼5楼伦理委员会办公室）。

2.我院现任的医学伦理委员会委员若发现有合适的人选（经询问本人也有意愿），可向伦理委员会推荐，填写附件：南宁市第四人民医院医学伦理委员会委员候选人推荐表（选现任委员推荐）**，**将电子版发送至伦理委员会邮箱：nnsylunli@163.com，并将纸质版交至伦理委员会办公室。

根据医院医学伦理委员会章程规定，委员名单将根据委员候选人报名材料等情况经医院伦理委员会会议审核确定，报医院院长办公会会议审议通过。

本次委员候选人招募活动由南宁市第四人民医院医学伦理委员会办公室负责解释，如有不明之处，可咨询伦理委员会办公室孟思润（联系电话：0771-5536956），**报名截止日期：2021年11月17日。**

附件：

南宁市第四人民医院医学伦理委员会委员候选人推荐表

南宁市第四人民医院医学伦理委员会

2021年11月15日

附件

**南宁市第四人民医院**

**医学伦理委员会委员候选人推荐表**

推荐方式： □ 自荐 □ 现任委员推荐（推荐人： ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 | |  | | | |  |
| 出生年月 |  | | 学 历 |  | | 政治面貌 | |  | | | |
| 职 务 |  | | 职 称 |  | | 专 业 | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | |
| 单 位 |  | | | | | | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | 邮 编 | | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| **主要教育背景及工作经历** | | | | | | | | | | | | |
| 教育背景:  工作经历: | | | | | | | | | | | | |
| **学会任职（包括中国科协、专科学会、地方学会）** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **GCP及伦理审查培训情况(近三年)** | | | | | | | | | | | | |
| 培训时间 | | 培训项目名称 | | | | | | | 培训机构 | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
| **承担临床试验或科研课题的情况（近三年）** | | | | | | | | | | | | |
| 试验/课题名称 | | | | | 试验/课题来源 | | | | | | 承担角色  负责人/参加者 | |
|  | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | |

推荐委员签字： 日期： 年 月 日

本人签字： 日期： 年 月 日

（如为自荐，则无需推荐委员签字）