附件1：AP/01-JG-ADM-017-1.0

**安徽省宿州市立医院药物临床试验机构**

**CRC 备案申请表**

编号：

|  |
| --- |
|  **CRC 备案申表** |
| CRC 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 电子邮箱 |  | 所属 SMO 公司 |  |
| SMO 相关负责人 |  | 联系方式 |  |
| 备案原因 |  |
| 机构办公室意见  |
| 签字 年 月 日  |
| 如备案时已确定负责的具体项目，请填写以下内容  |
| 项目名称  |  |
| 项目编号  |  | 申办方/ CRO  |  |
| PI  |  |
| 主要研究者意见  |
| 签字 年 月 日  |
| 注： 请附**个人简历、身份证复印件、GCP 培训证书、资格证书如有（医师、护士、药师等职业资格证书）、、委派函等。** |