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。** | | | | | |