**临床研究协调员委派函**

尊敬的南昌大学第一附属医院：

由 公司作为申办方，委派 作为SMO公司协助管理 “ ” 临床试验，方案编号：“ ”立项编号“ ”

负责在 科（主要研究者： ）的临床试验协调工作。具体信息及工作内容如下：

1. CRC姓名 身份证号码：

 联系方式：

1. 服务时间：预计自 年 月 日至研究结束，以实际服务时间为准。
2. CRC为我公司全职雇员；贵院及主要研究者有权对CRC的资质进行审核。如CRC的资质不符合我院管理规定及或本研究要求，院方及或主要研究者有权要求我司更换CRC。
3. CRC必须在研究者授权范围内开展工作。
4. 由于CRC在贵院的过失和过错对第三方（例如：受试者、医院）造成的伤害或损失将由我公司全部承担。
5. 如由于CRC在贵院的过失和过错对第三方对贵院造成任何不良影响或损失将承担相应的法律责任。

**CRC**

**附上一寸照片**

公司： 日期：

盖章:

主要研究者签字/时间：

机构办公室签字/时间：