|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **临床试验项目记账申请表(xxxx院区)** | | | |
| **项目简称**&立项编号 |  | | |
| 承担科室 |  | 主要研究者 |  |
| 授权开通研究医生（含主要研究者） | 姓名+工号： | | |
| CRC&电话  (实施人员) |  | 主要研究者  签字签日期 |  |
| 财务编码 |  | 经费管理员 | 意见：  签名：  日期： |

**\*\*注意\*\*\* 1 请提前3工作日交表； 2 正反打印，A4纸1张。**