|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **临床试验项目记账申请表** | | | |
| **项目简称**&立项编号 |  | | |
| 承担科室 |  | 主要研究者 |  |
| 开通院区 | □东湖 □象湖 | 记账类型 | □门诊 □住院 |
| 授权开通研究医生（含主要研究者） | 姓名+工号： | | |
| 承诺书 | 本人及研究团队承诺将严格遵守医保管理规定和药物临床试验质量管理规范，临床试验不占用医保资金和保护受试者合法权益。 | | |
| 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： |

**说明：1.请提前3工作日交表； 2.正反打印，A4纸1张。**