**临床试验病理信息查询申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 方案编号：  试验名称： | | |
| 申办方： | | CRO： |
| 承担科室： | | PI： |
| 查询时间段： | | |
| 查  询  内  容 |  | |
| 本人郑重声明，查询目的仅为核实临床试验相关信息的真实性、完整性。在查询过程中，对查询信息严格保密，不得抄写与临床试验无关信息。本人完全意识本声明所具有的法律责任，本人承诺将完全承担由查询信息及本声明引起的一切法律后果。  查询人身份： □研究者 □CRA □CRC □稽查人员  查询人姓名、电话：  查询人身份证号码： | | |
| PI意见： PI 签字： 日期： | | |
| 机构意见： 签字： 日期： | | |
| 病理科主任意见： 签字： 日期： | | |