**临床试验His系统信息查询申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 方案编号：  试验名称： | |
| 申办方： | CRO： |
| 承担科室： | 主要研究者： |
| 查询时间段：  查询内容：  本人郑重声明，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。  申请人身份：  □研究者 □申办方监查员 □稽查人员 □CRC  申请人姓名：  申请人电话：  申请人身份证号码： | |
| 申请人签名： 日期： | |
| 机构意见：  签字： 日期： | |