**药物临床试验病案查阅申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 方案编号：  试验名称： | |
| 申办方： | CRO： |
| 承担科室： | 主要研究者： |
| 查阅时间段：  查阅内容：  受试者： 住院号： 身份证：  本人郑重声明，查阅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，对查阅信息严格保密，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阅信息及本声明引起的一切法律后果。  查阅人身份：  □研究者 □申办方监查员 □稽查人员 □CRC    查阅人姓名：  查阅人电话：  查阅人身份证号码： | |
| 查询人签名：  日期： | |
| 机构意见：  签字： 日期： | |