**药物临床试验数据溯源申请表**

|  |
| --- |
| **项目名称和编号：** |
| **申办方：** | **CRO：** |
| **承担科室：** | **主要研究者** |
| **溯源时间段：****溯源内容：****受试者 住院号 身份证****溯源人身份号码：****研究者□ 申办方监查员□ 稽查人员□ 官方检察人员□****溯源人姓名、电话及身份证号码：** |
| **机构意见：****签字： 日期：** |
| **信息科主任：****签字： 日期** |